

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

254

Présentée et soutenue le mercredi 29 avril 1896 à 1 heure.

PAR

M. ROSENBLAT

NÉ A ODESSAT (RUSSIE) LE 27 DÉCEMBRE 1868

DE

L'INCISION DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR

DANS

LES SUPPURATIONS ET LES HÉMATOCÈLES PELVIENNES

ETUDE CRITIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
 { DELBET, agrégé.
 { WURTZ, agrégé.*

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 avril 1896 à 1 heure

PAR

M. ROSENBLAT

NÉ A ODESSA (RUSSIE) LE 27 DÉCEMBRE 1868

DE

L'INCISION DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR

DANS

LES SUPPURATIONS ET LES HÉMATOCÈLES PELVIENNES

ETUDE CRITIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
 { DELBET, agrégé.
 { WURTZ, agrégé.*

PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL		
Professeurs.	MM.		
Anatomie.	FARABEUF.		
Physiologie.	CH. RICHEL.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.		
Histoire naturelle médicale.	N.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.		
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.		
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.		
Histologie	CORNIL.		
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.		
Pharmacologie	TERRIER		
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.		
Hygiène	LANDOUZY.		
Médecine légale	PROUST.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.		
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.		
	STRAUS.		
	{ G. SEE.		
Clinique médicale	{ POTAIN.		
	JACCOUD.		
	HAYEM.		
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.		
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.		
	RAYMOND.		
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.		
	{ DUPLAY.		
	LE DENTU.		
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.		
Clinique des voies urinaires.	PANAS.		
Clinique d'accouchements.	GUYON.		
	{ TARNIER.		
	PINARD.		
Professeur honoraire.			
M. PAJOT			
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

DOCTEUR EN MÉDECINE J. ROSENBLAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de
Paris

Membre de l'Académie de Médecine

A MES CHERS MAÎTRES :

M. LE DOCTEUR REYNIER

Professeur agrégé de la Faculté de Paris
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

M. LE DOCTEUR PILATE

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

A M. LE DOCTEUR HALMAGRAND

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu d'Orléans

AVANT-PROPOS

Les progrès que la gynécologie opératoire a réalisés depuis quelques années a permis aux chirurgiens de recourir, dans les cas de collections pélviennes, à des opérations hardies, téméraires même.

Mais malgré les beaux résultats que donnent actuellement la laparotomie et l'hystérectomie, auxquelles nous faisons allusion, une opération modeste, simple, presque inoffensive — l'incision du cul-de-sac vaginal — a lutté constamment et lutte encore contre ses redoutables concurrents. Depuis 10 ans, époque de la première publication de M. Laroyenne (1), nous voyons cette lutte continuer presque à tous les Congrès, dans beaucoup de séances de la Société de Chirurgie et dans de nombreuses publications ; elle est d'autant plus vive qu'il s'agit là d'affections excessivement graves et fréquentes de la femme.

C'est cette modeste opération qui a attiré notre attention par son inocuité et les résultats favorables qu'elle donne et nous l'avons choisie comme sujet de notre thèse.

(1) *Lyon Médical*, février 1886.

Notre intention n'est point d'exprimer des idées déjà arrêtées, — cela n'aurait présenté aucun intérêt, vu les nombreuses discussions où nos maîtres ont exposé leurs opinions avec une autorité et une force d'argumentation que nous n'avons pas, — mais de passer en revue ces discussions et les publications qui ont eu lieu depuis 10 ans, les étudier, comparer ce qu'on dit avec ce que nous avons observé nous-même et alors seulement conclure.

Notre étude, par conséquent, aura un caractère critique et bibliographique.

Nous tâcherons, après un bref exposé historique et une description des principaux procédés opératoires, d'étudier les indications de l'incision vaginale, de discuter les objections qu'on lui fait, de la comparer avec la laparotomie et l'hystérectomie et d'exposer les résultats de cette opération. Nous donnerons enfin quelques observations inédites et nous exposerons les conclusions auxquelles nous sommes arrivé après cette étude.

On pourrait peut-être nous reprocher les fréquentes citations que nous faisons dans le cours de cette thèse. Mais le caractère même de notre travail nous y oblige, car nous avons cherché à asseoir nos conclusions sur les propres arguments des partisans et des adversaires de l'incision vaginale.

Ici nous croyons nécessaire de dire quelques mots sur l'esprit qui nous a guidé, en écrivant cette thèse.

Élève de l'école de Paris, nous avons eu des mai-

tres qui étaient plutôt défavorables à cette opération. Parmi eux nous citerons surtout M. le Professeur Reynier qui, dans beaucoup de cas, préfère l'hystérectomie et la laparatomie à l'incision du cul-de-sac vaginal. Nous avons, au début de nos études chirurgicales, partagé complètement son opinion ; cependant, plus tard, quelques succès obtenus par ce maître et surtout plusieurs cas que nous avons observés dans le service de M. Pilate, ainsi que les excellentes observations qu'il a bien voulu nous fournir et que nous citons à la fin de ce travail, ont ébranlé notre conviction. L'innocuité de l'incision vaginale nous a tenté, et nous avons entrepris une étude critique sur cette opération éminemment conservatrice. Nous sommes arrivé à des conclusions qui diffèrent notablement de celles de la plupart de nos maîtres de Paris. La vénération que nous gardons pour eux et particulièrement pour notre cher maître, M. Reynier, ne peut, ni ne doit nous empêcher d'exprimer sincèrement notre opinion. Ce sont eux qui nous ont appris à aimer et à chercher la vérité. Nous croyons que dans beaucoup de cas, où ils font l'hystérectomie et la laparatomie, l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin doit être préférée à ces opérations et nous le disons.

Amicus Plato, magis amica veritas.

Avant d'entrer dans le cœur même du sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance à nos chers maîtres, M. le professeur Reynier (ex-

ternat 1892) et M. Pilate, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans (internat 1894 et 1895) pour l'excellent enseignement chirurgical que nous avons reçu d'eux et la bienveillance inépuisable qu'ils nous ont toujours prodiguée pendant notre externat et internat et depuis.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux : MM. les professeurs Tarnier, Reclus, Rigal, MM. les docteurs d'Heilly (externat 1891), Brault (externat 1893), et nos chefs civils et militaires de l'Hôtel-Dieu d'Orléans (internat 1894 et 1895) veuillent bien recevoir ici nos plus sincères remerciements pour l'enseignement médical et chirurgical qu'ils nous ont donné pendant nos études.

Un de nos maîtres, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, est décédé ; nous lui garderons toujours un souvenir affectueux.

Que M. le Docteur Halma-Grand, chirurgien à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, veuille bien recevoir l'expression de notre gratitude profonde pour la sollicitude constante qu'il a manifestée à notre égard.

Historique

Avant la période d'antisepsie, il n'existait que deux opinions sur le traitement des collections pelviennes chez la femme : 1° les suppurations pelviennes et les hématoécèles doivent être traitées par l'expectation ; 2° une intervention chirurgicale doit être tentée et cette intervention consiste en ponction de la tumeur.

En 1841, Bourdon, dans la *Revue Médicale*, expose les idées de son maître Récamier sur cette question.

D'après *Récamier*, il faut intervenir dans les abcès pelviens par une incision vaginale large.

Il donne les raisons suivantes : il faut évacuer le pus, parce que sa présence en facilite la formation ; la tumeur peut prendre un grand développement ; le pus peut fuser au loin et produire des désordres irréparables ; enfin l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine.

Bourdon cite, à l'appui de sa thèse, un certain nombre de collections pelviennes guéries par une large incision.

S'il fallait encore aujourd'hui insister sur la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les abcès pelviens et en donner des raisons, celles qui ont été fournies par Récamier, il y a plus de 50 ans, suffiraient largement, croyons-nous, malgré les progrès de la chirurgie.

Nonat intervient aussitôt que la formation du pus est constatée, lorsque la fluctuation est nettement appréciable et superficielle.

Becquerel, en 1859, s'oppose à toute intervention dans les abcès pelviens ; d'après lui, il ne faut jamais ouvrir un abcès pelvien même dans les cas où il forme une saillie dans le cul-de-sac vaginal.

Aran est du même avis.

West croit aussi qu'il vaut mieux abandonner à la nature le soin d'évacuer la matière purulente.

Bernutz attend les symptômes de la fièvre hectique, et il n'intervient que pour conjurer la mort imminente ; dans les cas moins aigus, il attend que les signes d'une collection purulente et surtout la fluctuation soient bien manifestes.

Gallard Thomas, à propos de l'opportunité de l'intervention dans la pelvi-péritonite chronique avec collection purulente ou séreuse, dit qu'il est impossible de se prononcer définitivement sur cette question. L'évacuation de ces collections présente le danger de perforer une membrane séreuse délicate

enflammée. D'après lui, quand, malgré la présence d'une collection purulente, la malade n'éprouve aucun désordre local ou général, il faut laisser l'abcès s'ouvrir spontanément; si, au contraire, la présence du pus donne lieu à des symptômes inquiétants, et que la maladie semble suivre une marche défavorable, il faut évacuer le pus avec le trocart, l'aspirateur ou le bistouri.

Spencer Wels est pour l'intervention; il fait une ponction exploratrice avec une aiguille qui sert ensuite de guide pour l'introduction du bistouri.

Courty croit que l'expectation est plus indiquée dans les abcès qui proviennent d'une pelvi-péritonite que dans le phlegmon du ligament large qui a des tendances à fuser.

Sinély n'intervient pas dans les collections purulentes dépendant d'une pelvi-péritonite; il laisse agir la nature, excepté dans les cas où surviennent des phénomènes particuliers : sueurs abondantes, frissons répétés, fièvre.

Gallard attend la fluctuation nette, mais comme elle est difficilement perceptible, l'occasion d'intervenir efficacement se présente rarement; le plus souvent, le pus s'écoule spontanément, avant qu'on ait été à même de constater sa présence.

Siredey et Danlos (in diction. Jaccoud) sont pour l'expectation : l'ouverture artificielle des tumeurs fluctuantes de volume moyen ne doit pas être pré-

férée à l'évacuation spontanée, car elle ne met à l'abri ni de la communication du foyer purulent avec les organes voisins, ni des trajets fistuleux intarissables ; de plus, elle n'est pas sans danger.

D'après *Schroeder* (1), il n'est pas nécessaire d'ouvrir les petits abcès pelviens chroniques, s'ils ne sont pas proéminents ; ils sont souvent difficiles à guérir à cause de la rigidité des parois pseudo-membraneuses de l'abcès, dont la cavité ne peut s'affaisser et continue pendant longtemps à sécréter du pus. Il ne faut pas chercher le pus, quand l'abcès est établi ; il faut attendre la plupart du temps que l'abcès s'ouvre à l'extérieur en un point favorable. On n'ouvrira la collection purulente que si elle est facile à atteindre, et si cela n'offre aucun danger.

Hegar et Kaltenbach (2) sont d'avis qu'il faut ouvrir un épanchement inflammatoire enkysté, dès que la fièvre devient intense, dès qu'apparaissent des signes d'intoxication septique ; dans tous les autres cas, il faut attendre la résorption ou l'ouverture spontanée au dehors ou dans le rectum. En cas de doute sur la nature, le siège exact, la quantité de l'exsudat, il faut faire une ponction avec le trocart explorateur ; en cas de besoin, on peut agrandir la piqûre sur une sonde cannelée ou un bistouri bou-

(1) *Maladie des organes génitaux de la femme*, 1885.

(2) *Traité de gynécologie opératoire*, 1885.

tonné à lame étroite. Quant aux abcès extrapéritonéaux, on ne les incisera qu si la collection purulente est considérable.

Emmet (1) ouvre largement toute collection purulente, aussitôt que la fluctuation peut être découverte.

Brickell (2) conseille d'intervenir par le vagin chaque fois qu'on trouve du pus ou du sérum effusé dans le bassin (3).

De cet exposé historique, nous voyons que l'abstention systématique ou l'intervention insuffisante ou tardive, en tout cas timide, étaient la règle de conduite la plus en honneur dans les suppurations pelviennes. Cela s'explique par les causes suivantes : l'antisepsie était inconnue ; la moindre intervention entraînait souvent des conséquences graves, les chirurgiens préféraient rester dans l'expectation et n'intervenir que pour conjurer l'imminence de la mort ; en second lieu, l'incertitude du diagnostic et l'imperfection des moyens thérapeutiques amenaient aussi dans une large mesure à intervenir le moins possible.

Ce n'est qu'en 1886, que M. Laroyenne dans sa communication (4) et, un an plus tard, son élève Blanc (3), dans sa thèse, ont donné une nouvelle vogue à l'inter-

(1) *Pratique des maladies des femmes*, 1889.

(2) *America, j. of the medic. sc.*, Philadelphia, Avr. 1887.

(3) BLANC. Thèse de Lyon, 1887.

(4) *Loc. cit.*

vention ; ils ont attiré l'attention sur les collections pelviennes qui auparavant n'étaient même pas toujours diagnostiquées ; ils ont, en outre, posé les règles du traitement et décrit l'instrument spécial, inventé par M. Laroyenne.

Depuis que les grandes opérations — la laparotomie et l'hystérectomie — sont devenues d'une pratique courante, on a commencé à y avoir recours presque dans tous les cas de collections pelviennes. Si ces opérations n'ont pas pu détrôner tout à fait l'opération plus modeste, recommandée par M. Laroyenne, elles ont permis d'étudier sur le vivant et *de visu* les lésions qui caractérisent les suppurations pelviennes, et ont donné, par conséquent, les moyens d'arriver plus facilement au diagnostic, jadis réputé impossible ou difficile.

Si nous passons maintenant à l'historique du traitement de l'hématocèle pelvienne, nous verrons se répéter les mêmes hésitations que nous avons rencontrées au sujet des suppurations pelviennes ; là aussi nous aurons les partisans de l'expectation et les interventionnistes.

Vigues, élève de *Nélaton*, précise dans sa thèse en 1850, d'après son maître, le traitement de l'hématocèle par la ponction.

En 1854, *Nonat*, dans la thèse de Prost, rapporte 15 cas d'hématocèles traités par ponction avec 12 guérisons.

Après une assez longue période où l'expectation

est en honneur, *Zweifel*, dans le mémoire publié dans l'*Archiv für Gynaek.* en 1884, se déclare partisan de l'incision vaginale, suivie d'injections désinfectantes, et en indique le manuel opératoire.

En 1885, *Munde* (1) rapporte 2 cas d'hématômes pelviens traités et guéris par incision vaginale suivie de drainage.

En Novembre 1886, *Byford* (2) publie 9 cas de guérison d'hématocèle par incision vaginale. Il adopte le manuel opératoire de *Zweifel* modifié : il ponctionne la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, puis il déchire la paroi vaginale avec un dilatateur assez largement pour que l'ouverture admette deux doigts, et termine par des injections antiseptiques.

En octobre 1886, *Lawson-Tait*, dans un mémoire publié dans *The Lancet*, rapporte 2 observations personnelles et quelques autres. En deux ans, il a traité 5 cas par incision vaginale avec succès.

En 1886, *Trélat*, à la Société de Chirurgie, cite 2 cas d'hématocèle traités par incision et drainage (3).

En résumé, le traitement des suppurations pelviennes et des hématocèles a passé par deux phases : 1^o phase où les lésions sont vaguement connues et où dominant l'abstention et l'hésitation : c'est la phase

(1) *New York. Med. Pres.*, Déc. 1885.

(2) *Améric. Journ. of. obst.* Nov. 1886.

(3) Melon, Thèse de Bordeaux, 1888.

qui précède l'antisepsie ; 2^o celle où apparaissent les opérations de Lawson Tait (laparotomie) et de Péan (l'hystérectomie) et où l'incision vaginale est remise en honneur, grâce à MM. Laroyenne, Bouilly, Le Dentu et Routier en France, Gusserow, Zweifel et Landau en Allemagne, Munde, Byford en Amérique ; c'est la phase de l'antisepsie.

A côté de l'incision vaginale, on propose bien d'autres opérations : laparotomie sous-péritonéale de Pozzi, ovariectomie vaginale de Piqué, opération de Polk (laparotomie avec conservation des annexes et nettoyage des poches purulentes), opération de Byford (incision vaginale ou rectale), simple ponction défendue par Vuillet, dilatation utérine et curetage proposée par Doléris, etc.

La plupart de ces opérations conservatrices démontrent qu'il se dessine une réaction sérieuse contre les interventions trop radicales par la laparotomie et l'hystérectomie.

L'importance de cette réaction ressort surtout des discussions que soulève si souvent la question de l'incision vaginale qui constitue le sujet de notre thèse.

Mais avant d'entrer dans l'étude de ces discussions, nous passerons rapidement en revue les principaux procédés opératoires adoptés par différents chirurgiens.

Procédés opératoires.

L'incision du cul-de-sac postérieur du vagin est une opération si simple que nous croyons inutile d'insister longuement sur la description de tous les procédés opératoires employés par les partisans de cette intervention. Ces procédés ne diffèrent, du reste, entre eux que par quelques détails peu importants. Nous ne nous arrêterons que sur celui de M. Laroyenne à cause de son instrumentation spéciale.

Voici comment il est décrit par l'auteur (1) et ses élèves, Blanc (2) et Goullioud (3).

L'antisepsie du vagin étant faite aussi rigoureusement que pour une hystérectomie vaginale, la malade anesthésiée est couchée les cuisses fléchies sur le bassin ; par le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal et rectal, on vérifie le diagnostic et on se rend bien compte de la situation de la tumeur. Un aide appuie sur la paroi abdominale pour

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) Congrès fr. de chir., 1889 ; *Arch. provinc. de chir.*, 1893

faire saillir la poche et fournir une résistance à la ponction. Avant d'introduire le trocart, on s'assure bien de la situation de l'artère utérine que l'on sent battre sous le doigt ; on s'assure aussi que le trocart pénétrera dans la tumeur par le cul-de-sac en arrière d'une ligne rasant la face postérieure du col de l'utérus, ce qui permet sûrement d'éviter la vessie, l'uretère et l'artère utérine (1).

On introduit le trocart en se guidant sur l'index gauche, on le fait pénétrer dans les tissus de la tumeur par un mouvement de propulsion et de rotation, et en même temps on relève la pointe du trocart, comme dans le cathétérisme de l'utérus, pour embrocher la collection qui ne proémine que partiellement en arrière du point de la ponction.

Quand on a senti le trocart pénétrer dans la poche, on le retire et on introduit dans la rainure de la canule, laissée en place, le métrotome de Simpson. La canule, qui lui sert de guide, ne lui permet pas de s'égarer. Le métrotome introduit, on retire la canule, on ouvre le métrotome et on le ramène ouvert au dehors, débridant ainsi transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale. Ce débridement doit être large de 2 à 3 doigts. Quand la poche est ouverte,

(1) L'instrument de Laroyenne consiste en un trocart combiné avec le métrotome de Simpson. Le trocart présente une courbure pelvienne, comme un forceps, ce qui permet de contourner les organes dangereux de la région, (vessie, uretère, artère utérine).

on répète l'examen par le palper bimanuel ou par un doigt introduit dans la poche, pour s'assurer qu'il n'y reste pas de poches secondaires qu'on ouvre de la même manière, si on en trouve. On fait ensuite une injection vaginale antiseptique ou même un lavage de la poche. Celui-ci doit être fait sous une faible pression et avec une soude à double courant, à cause de la faible épaisseur de la voûte de la poche qu'une pression un peu forte risque de faire éclater, ouvrant ainsi une brèche dans la grande cavité péritonéale (1). En cas d'hémorrhagie, on met une éponge fine à cheval sur l'incision. On draine la cavité avec de la gaze iodoformée, un tube en verre ou en corne. Un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée termine l'opération.

Beaucoup de chirurgiens, partisans de l'incision vaginale, contestent l'utilité de l'instrumentation spéciale de M. Laroyenne et considèrent même son instrument comme aveugle et dangereux. M. Reynier et d'autres auteurs citent des cas de blessure de l'uretère avec le trocart de Laroyenne. Pour éviter cet accident, la majorité des chirurgiens ont renoncé à ce procédé et l'ont remplacé par d'autres plus simples. Ils se servent presque tous de bistouri avec ou sans trocart pour ponction exploratrice.

M. Bouilly (2) a essayé de se servir du thermocau-

(1) Voir l'observation VI.

(2) Soc. de chir. 2 juillet 1890.

lère, mais il a eu dans un cas une hémorrhagie secondaire, et depuis il emploie le bistouri.

Quelques chirurgiens, comme M. Tuffier (1), Terrillon (2) préfèrent opérer à ciel ouvert, contrôler l'incision par la vue ; ils se servent de valves, de spéculum ; d'autres, comme M. Landau (3), se contentent de se guider sur le doigt pour inciser.

L'incision est faite transversalement, couche par couche, large de 4 à 6 cent.

M. Boisleux (4) a proposé de la faire verticalement, sur la ligne médiane (élytrotomie interligamentaire), pour être sûr de ne pas couper les ligaments utéro-sacrés, soutien puissant de l'utérus.

L'incision faite par n'importe quel procédé, on la dilate soit avec une pince, soit avec le doigt et, quand le pus s'est écoulé, on fait un lavage de la poche sous une faible pression, ou simplement une injection vaginale antiseptique, un drainage avec deux gros drains en croix et un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. Si, pendant l'opération, il se produit une hémorrhagie par blessure du plexus veineux ou des artères utérines ou vaginales, on fait l'hémostase soit avec une éponge montée, soit avec des pinces.

(1) RODRIGUEZ. Thèse de Paris, 1895.

(2) *Semaine médicale*, 4 août 1886.

(3) Congrès de Berlin, 1890.

(4) Congrès fr. de chir. 1894.

Fritsch (1) et Landau préfèrent, dans quelques cas, fixer la poche incisée à la paroi vaginale soit par suture, comme le premier, soit avec les longues pinces de Péan, comme le second. Ils se proposent ainsi de bien oblitérer l'incision et mettre le péritoine à l'abri de l'infection, si par hasard il a été ouvert.

Nous n'avons pas de préférence pour le procédé de M. Laroyenne. Nous devons cependant constater que, personnellement, nous n'avons jamais observé d'accidents dans les opérations que nous avons vu faire avec le trocart de Laroyenne.

Les soins consécutifs sont extrêmement simples, mais très importants ; la guérison définitive, sans fistule, sans autres complications, en dépend souvent.

Les drains doivent être laissés jusqu'à la cicatrisation complète de la poche ; les lavages seront faits plus ou moins souvent. Dans les vastes collections à parois rigides, peu retractiles, on peut faire des lavages répétés ; dans les collections moins vastes à paroi élastiques, un tamponnement à la gaze iodoformée pourra suffire. Les injections vaginales seront répétées souvent pour entretenir le vagin à l'état aseptique.

M. Goullioud conseille de faire trois pansements à 8-10 jours d'intervalle ; la poche réduite alors à un trajet de 1 à 2 cent. est abandonnée, ou même elle se cicatrise complètement.

(1) Congr. de la Soc. allem. de gynéc 1891 ; *An de gynéc*, 1891.

Comme toute opération, l'incision vaginale présente ses complications, ses inconvénients, mais nous croyons plus utile d'en parler dans le chapitre suivant, ces complications servant, en général, de base aux objections que font les adversaires de l'incision vaginale à cette intervention.

Discussions

a) Suppurations pelviennes.

Mais avant d'entrer dans les discussions au sujet de l'opération qui nous intéresse, qu'il nous soit permis de rappeler ici la règle générale, donnée par M. Segond (1), et qui doit guider les chirurgiens dans le choix de l'opération.

« Il doit être bien entendu que dans le traitement des suppurations pelviennes, les interventions graves, comme la laparotomie et l'hystérectomie, seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. »

Il nous semble à propos d'y ajouter les remarques suivantes de M. Delbet (2) :

« Le chirurgien n'a pas le droit d'enlever un organe

(1) Congrès de Bruxelles, 1892 ; *Ann. de Gyn.*, 1892.

(2) Suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

sain sous prétexte qu'il peut devenir malade..... S'il est vrai que les trompes et les ovaires sont inutiles à la vie de la femme, force est bien de reconnaître qu'ils sont indispensables à la vie de l'espèce, et en se plaçant à un point de vue élevée de morale sociale, on serait tenté de juger sévèrement le sacrifice de ces organes, lorsqu'il n'est pas absolument nécessaire..... Presque toutes, sinon toutes les salpingites se rencontrent à l'âge de la fécondité..... »

Ces règles étant posées, voyons, si dans la grande majorité des suppurations pelviennes on ne peut pas avoir recours tout d'abord à l'incision vaginale.

Si les signes généraux et les signes locaux par le palper et le toucher combinés font supposer la présence dans le petit bassin d'une collection qu'on peut atteindre par le vagin, — le plus simple est d'ouvrir cette collection par le vagin même, puis laver la poche et la drainer. Cette pratique existe pour les affections analogues dans tous les autres organes, et on ne voit pas bien pourquoi les organes pelviens de la femme feraient exception à la règle générale.

En cas de cholécystite, on ne commence pas par enlever la vésicule biliaire, mais par faire une cholécystotomie, c'est-à-dire une simple ouverture de la vésicule, lavage et drainage.

« Il me semble qu'il n'existe aucune raison, dit Th. More Madden (1), pour se départir des principes fon-

(1) *Dublin, J. of. med. sc.* 1892 ; *An. Gynéc.*, 1892.

damentaux de la chirurgie et pour se résoudre, tout d'un coup, à une décision extrême, à l'extirpation complète des annexes de l'utérus. Si la glande mammaire devient le siège d'un abcès, ou si, comme le suggère Spencer Wels, la tunique vaginale du testicule devient le siège d'une hydrocèle, n'est-il pas plus judicieux d'ouvrir l'abcès ou de ponctionner l'hydrocèle que d'enlever le sein ou le testicule ? Devons-nous faire entrer dans la pratique courante une conduite essentiellement différente, quand, en réalité, il s'agit d'affections analogues affectant des organes non moins importants ? »

Il nous semble qu'on peut comparer les affections inflammatoires pelviennes avec l'inflammation de n'importe quel organe et faire un parallèle entre diverses phases de la maladie et du traitement qui leur convient.

Un phlegmon quelconque au début est traité par le repos et des enveloppements antiseptiques ; dès qu'il commence à suppurer, on évacue le pus et on fait un drainage ; si ce traitement n'est pas suffisant, les souffrances continuant et la maladie risquant de s'aggraver, alors seulement on a recours à une opération plus radicale, comme l'amputation.

De même, dans les salpingites, il arrive très souvent qu'au début, au stade inflammatoire, le repos et les revulsifs suffisent pour amener la guérison ; si la salpingite devient suppurée, l'évacuation du pus et le drainage sont indiqués ; mais si tous ces moyens ne

réussissent pas à guérir la malade, si elle continue à souffrir, si son état général menace de s'aggraver, alors et alors seulement on est autorisé à intervenir par une opération plus radicale, laparotomie ou hystérectomie.

I. On reproche à l'incision vaginale la difficulté de bien faire l'incision et d'aseptiser suffisamment le vagin. Ce reproche a perdu de sa valeur depuis que M. Péan par son opération (l'hystérectomie vaginale) a prouvé qu'on peut aseptiser le vagin comme tout autre organe; quant à bien faire l'incision, cela dépend de l'habileté du chirurgien et du mode opératoire.

Par la méthode de M. Laroyenne l'incision est très facile, elle se fait, pour ainsi dire, toute seule. De même, quand on incise avec le bistouri, on le guide sur le doigt, ou bien on se sert de spéculum, de valves et, de cette manière, on peut suffisamment éclairer le point à inciser; c'est, d'ailleurs, la manière d'agir dans l'hystérectomie vaginale où les incisions sont beaucoup plus difficiles et plus dangereuses.

II. Plus importante est l'objection qui concerne le danger de blesser l'artère utérine ou les organes voisins. M. Reynier cite un cas de blessure de l'uretère qu'il a faite avec le trocart de Laroyenne; il cite encore un autre cas pareil arrivé à un autre chirurgien.

On peut éviter de blesser l'artère, si on fait préalablement un examen attentif: on sent battre l'artère

sous le doigt à travers les parois vaginales. Même s'il survenait une hémorrhagie au cours de l'opération, par suite de la blessure de l'artère utérine, des artères vaginales ou du plexus veineux, cette hémorrhagie ne serait pas grave ; en tout cas, elle serait facile à arrêter.

Quelques chirurgiens font l'hémostase avec des pinces à forcipressure, mais nous croyons que le moyen proposé par M. Laroyenne est très efficace et très facile : une éponge fine, étranglée au milieu par un fil, introduite à frottement dans l'incision même et posée à cheval, de manière qu'une partie dilatée de l'éponge se trouve dans la poche, et l'autre, également dilatée, dans le vagin. Au bout de 24-48 heures, cette éponge peut être enlevée sans danger et remplacée par une simple mèche de gaze iodoformée ou par des tubes en caoutchouc.

Quant aux uretères, ils sont éloignés l'un de l'autre de 8 à 10 cent., de sorte qu'on peut, sans danger, donner à l'incision du cul-de-sac postérieur jusqu'à une longueur de 6 cent. Cette incision doit être faite en arrière d'une ligne transversale rasant la face postérieure du col de l'utérus, ou mieux l'insertion du vagin sur la face postérieure du col, comme nous l'avons déjà dit.

Voici les règles que donne M. Pozzi (1) pour éviter

(1) *Traité de gynécologie*, 1890.

la blessure des artères utérines ou vaginales et des uretères.

Tumeur postérieure — incision transversale ou verticale dirigée suivant le grand axe de la tumeur;

Tumeur latérale — incision oblique en arrière et en dehors, ne dépassant pas en avant le prolongement du diamètre transversal du col.

Pour ne pas blesser le rectum, M. Goullioud (1) conseille d'y introduire le medius, pendant que l'index est introduit dans le vagin, les deux doigts guidant le trocart. En outre, les collections qui se trouvent derrière le cul-de-sac de Douglas repoussent le rectum.

Du reste, la blessure de cet organe n'est pas grave et guérit facilement et rapidement d'une façon spontanée.

Mais tous ces accidents ne se rencontrent-ils pas dans l'hystérectomie vaginale ? Ne voit-on pas assez souvent des blessures de l'artère utérine, des uretères et d'autres organes dans cette opération ?

M. Delagenière, au Congrès de chirurgie de 1894, rappelle que plusieurs auteurs ont signalé la blessure de l'uretère, de la vessie, de l'intestin grêle, du rectum, de l'artère utérine avec hémorrhagies consécutives.

M. Lafourcade, dans sa thèse sur l'hystérectomie vaginale, cite entre autres accidents de cette opéra-

(1) *Arch. provinc. de chir.* 1893.

tion, l'hémorrhagie opératoire, la blessure de l'uretère, du rectum, de la vessie et de l'intestin grêle.

Dans les observations de M. Richelot (1), on trouve deux fois la blessure du rectum, une fois la blessure de la vessie et une fois celle de l'uretère.

Dans les observations de Rouffart (2), on trouve une blessure de l'uretère dans l'hystérectomie.

III. L'incision vaginale est une opération incomplète, dit-on, parce que, s'il y a plusieurs poches, on ne les ouvre pas toutes ; quand les collections sont haut situées, on ne peut pas les atteindre par cette opération.

Voyons ce qu'il y a de fondé dans cette objection.

Une fois la collection ouverte, il est indispensable d'aller avec le doigt explorer la poche ; si on en trouve d'autres, on les ouvre de la même manière. Mais il peut arriver ceci : on ouvre la collection, le pus s'écoule abondamment ; à l'examen avec le doigt on ne trouve pas d'autres poches ; on met les drains, on continue les lavages les jours suivants ; mais malgré cela, les symptômes généraux persistent ou réapparaissent quelques jours après ; on fait un nouvel examen et on trouve un nouvel empâtement. Quelle en est la cause ? C'est que derrière la poche ouverte ou à côté d'elle il y en avait encore une ou plusieurs qu'on n'a pu trou-

(1) Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, 1894.

(2) Congrès de Bruxelles, 1892.

ver au cours de l'opération, ou qu'une nouvelle collection s'est formée depuis. Dans ces cas là on recommence l'opération : la fièvre tombe l'empâtement disparaît et la malade marche plus ou moins vite à la guérison.

Dans quatre cas M. Pilate a ouvert des poches multiples par l'incision vaginale, et la guérison a été obtenue. Dans trois cas (1) les poches ont été ouvertes dans la même séance ; dans le quatrième (2) on est intervenu plus tard, quand les phénomènes généraux ont fait soupçonner la présence d'une autre collection.

Mais si on ne trouve pas d'autres poches, ou que la nouvelle intervention n'ait pas amélioré l'état général de la malade qui continue à souffrir, — c'est que l'ouverture vaginale n'est pas suffisante pour donner issue au pus, ou bien il y a d'autres affections dans l'utérus et les annexes. Dans ces conditions, une opération plus radicale — la laparotomie ou l'hystérectomie — est indiquée (3).

Quant aux collections haut situées, elles peuvent souvent être atteintes par la voie vaginale et l'incision du cul-de-sac peut donner la guérison.

Le 2 juillet 1890, M. Bouilly cite à la Société de chirurgie 6 observations de suppurations pelviennes *élevées au-dessus des culs-sac vaginaux* et situées sur

(1) Observ. IV, X, XVI.

(2) Obs. XII.

(3) Obs. XVII et XIX.

le côté et en arrière de l'utérus ; il fallait aller les chercher, dit-il, *très haut*, au moyen du palper et du toucher combinés. Toutes ces collections avaient manifestement leur siège dans la cavité d'une trompe ou dans le tissu de l'ovaire ; c'étaient d'anciennes salpingites ou ovarites latentes ayant subi une poussée aiguë. Opérées par l'incision vaginale, elles ont toutes guéri ; une seulement a gardé un trajet fistuleux.

Dans ces observations nous relèverons un fait qui mérite d'attirer l'attention : dans un cas l'incision vaginale, faite après une laparotomie qui n'a pu être menée à bonne fin à cause d'adhérences considérables, a donné une guérison parfaite au bout d'un mois.

M. Richelot cite dans son livre sur l'hystérectomie vaginale deux cas de pyosalpinx « *très élevés au-dessus du cul-de-sac vaginal* » guéris par l'incision vaginale. Il cite encore un cas où celle-ci a été faite pour une collection grave « *très élevée qui faisait peu de saillie dans le cul-de-sac postérieur* ». La laparotomie a été essayée, mais n'a pas pu être continuée à cause des adhérences intestinales. L'incision vaginale n'a pas amené dans ce cas de guérison définitive, il est vrai, mais elle a donné une bonne santé pour quelques mois à la malade qui souffrait depuis 10 ans et a permis ensuite de faire l'hystérectomie dans des conditions beaucoup plus favorables.

Si ces collections ne peuvent être atteintes par la voie vaginale ou, comme dit M. Delbet, sont inabor-

dables, il faut alors aller les chercher par la voie abdominale ou faire l'hystérectomie.

D'ailleurs, si notre opération est quelquefois incomplète en cas de poches multiples ou de collections haut situées, la laparotomie et l'hystérectomie présentent, elles aussi, quelquefois cet inconvénient.

Au Congrès de 1894, M. Delagenière et M. Boisleux disent que dans les suppurations graves, on n'est pas certain d'ouvrir par l'opération de Péan toutes les poches et, par conséquent, de guérir la malade.

IV. Passons à une autre objection, la plus sérieuse de toutes celles qu'on fait à l'incision vaginale. Cette opération, dit-on, n'est pas radicale, elle ne donne pas de guérison définitive, parce qu'elle conserve les annexes malades, origine fréquente de la maladie ou la maladie toute entière, d'autant plus que dans les cas de suppuration pelvienne, les annexes sont souvent malades des deux côtés.

Cette objection, vu son importance, mérite de nous arrêter un peu plus longtemps que les autres.

Evidemment, l'incision vaginale laisse les annexes en place.

Mais ne voit-on pas des annexes guérir par le repos seul ? Peut-on, en outre, toujours être sûr que les annexes malades sont irrémédiablement perdues ? Peut-on faire toujours un diagnostic assez certain pour se résoudre à les enlever, sans tenter un traitement plus conservateur ?

M. Richelot a fait dans un cas l'incision vaginale

pour une masse douloureuse profonde, située au-dessus de l'arcade de Fallope, *parce qu'il était impossible de dire, si le pus était dans les annexes ou dans le tissu cellulaire* (1). L'incision n'a pas donné, il est vrai, à elle seule, une guérison définitive et on était obligé de faire une contre-ouverture au-dessus de l'arcade, mais cela s'explique par la situation même de la tumeur.

M. Bazy cite à la Société de Chirurgie (mars 1890) comme indication pour l'hystérectomie vaginale les cas de suppurations bilatérales des annexes avec état général grave. Mais, ajoute-t-il, *le diagnostic est difficile et quelquefois impossible*.

Lawson Tait affirme que deux fois sur cinq, il se trompe sur le diagnostic.

M. Terrier remarque à la Société de Chirurgie en 1891 que « les diagnostics abdominaux sont toujours approximatifs ; ce sont toujours des diagnostics d'ensemble ».

« Je ne sache pas, dit M. Le Dentu (1), que personne puisse être toujours certain de diagnostiquer la présence du pus dans les trompes, ni même la bilatéralité des lésions. »

Emmet (3) est convaincu que dans les inflammations on ne doit enlever les annexes qu'en dernier

(1) *Loc. cit.*

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 27 fév. 1892.

(2) *Soc. gyn. amer.*, 1886.

ressort et qu'il faut être très habile pour en déterminer les indications.

Evidemment, si les annexes, surtout des deux côtés sont malades; si elles ont subi une dégénérescence scléreuse à la suite de l'inflammation; si elles doivent toujours être une cause de souffrances pour les malades; si elles peuvent même provoquer ou entretenir des accidents graves, — la seule intervention raisonnable est une opération radicale — laparotomie ou hystérectomie.

Nous ne prétendons point que l'incision vaginale puisse *toujours* remplacer ces deux opérations, qu'elle donne *toujours* une guérison définitive. Nous avons dit seulement et nous répétons que dans ces cas-là, si on n'est pas tout à fait sûr que les annexes sont irrémédiablement perdues (ce qui arrive souvent, on vient de le voir), si on peut seulement espérer qu'une incision vaginale peut donner un résultat favorable, ou, dans quelques cas même (femmes jeunes, possibilité de grossesse) éloigner l'intervention radicale, si l'état général des malades ne permet pas de recourir de suite à une opération grave, — le devoir du chirurgien serait de tenter l'opération la plus simple. Celle-ci d'ailleurs ne préjuge en rien de l'intervention ultérieure et dans beaucoup de cas, au contraire, la permet dans des conditions plus favorables.

Mais il est incontestable que l'incision vaginale peut amener la guérison même quand les annexes sont l'origine de la suppuration pelvienne. Cela est prouvé

par de nombreuses observations, parmi lesquelles celles de M. Bouilly que nous avons déjà citées, et les nôtres I, III, IV, VI, XII.

« Je pourrais citer, pour mon compte, dit M. Le Dentu (1), plusieurs exemples favorables à ce mode d'intervention (incision vaginale). En dépit de la conservation des annexes, elle procure des guérisons complètes. Une seule fois j'ai été obligé d'enlever ultérieurement les annexes de l'utérus ».

M. Routier cite au Congrès de 1892, des cas de collections tubaires ou ovariennes qui ont guéri par l'incision vaginale.

À la Société de Chirurgie, le 2 juillet 1890, il cite également un cas de collection purulente des trompes qu'il n'avait osé aborder par la voie abdominale, à cause de l'état fébrile très marqué, et qui a guéri rapidement par l'incision vaginale.

M. Cornet cite dans sa thèse (1) 2 observations de M. le Professeur Lefour, où l'incision vaginale, faite pour des poussées aiguës de salpingite, a donné deux guérisons rapides qui se maintiennent, l'une depuis quelques mois, l'autre depuis un an.

M. Rodriguez (2), cite 17 observations de salpingite, dont une salpingite double, guéries par l'incision vaginale.

(1) Loc. cit.

(2) Thèse de Bordeaux, 1890.

(3) Thèse de Paris, 1895.

M. Richelot (1) cite une observation de deux vastes collections tubaires guéries par l'incision vaginale.

S'il est vrai que cette opération ne donne pas toujours de guérison définitive, parce qu'elle laisse intactes les annexes malades, il n'est pas moins certain que par la laparatomie et l'hystérectomie on n'arrive pas toujours à enlever les organes malades : ils restent en place et la guérison survient au bout de quelques temps ; parfois même on a recours à l'incision vaginale qui peut donner la guérison vainement recherchée par les opérations plus radicales.

Dans une des observations de M. Bouilly, nous avons vu qu'il n'est pas arrivé par la laparotomie à enlever la poche à cause des adhérences et la guérison a été obtenue par l'incision vaginale.

M. Pozzi (2), et M. Delbet, (3) constatent que dans la laparotomie les adhérences peuvent empêcher l'ablation des annexes malades. Et alors on se contente d'ouvrir la poche, de la nettoyer et de drainer. M. Delbet conseille même de refermer le ventre et de faire une incision vaginale. L'ouverture simple de la poche par l'abdomen ou par le vagin doit amener la guérison.

Mais peut-on jamais diagnostiquer d'avance l'étendue et la résistance des adhérences ? Nous avons vu plus

(1) *Loc. cit.*

(2) *Gazette hebdomadaire*, 18 Avril 1891.

(3) Suppurations pelviennes chez la femme 1891.

haut que le diagnostic est souvent difficile et quelquefois même impossible. Et alors nous sommes en présence de ce fait étrange qu'on commence par l'opération la plus grave dont « *l'importance est si considérable qu'elle devient la note dominante* » pour revenir en cas d'insuccès à l'opération la plus simple. N'eût-il pas mieux valu faire juste le contraire et épargner à la malade des souffrances inutiles et même les dangers de mort par rupture de la poche, péritonite ou choc opératoire ?

Que si la laparotomie a déjà donné un succès opératoire, la guérison définitive n'est pas certaine, comme remarque M. Delbet lui-même ; des accidents peuvent encore survenir et les douleurs persister.

Th. More Madden (1), pour prouver que les opérations radicales n'assurent pas plus la guérison définitive que l'incision vaginale, cite les paroles suivantes de Coë : « Il est un assez grand nombre de femmes qui suivent les cliniques de New-York, auxquelles on a enlevé trompes et ovaires et qui accusent les mêmes douleurs qu'elles avaient jadis. »

Quant à l'hystérectomie, dans la grande majorité des cas, comme le remarquent M. Richelot (2), M. Pozzi (3) et M. Lafourcade (4), on n'arrive pas tou-

(1) *An. gyn.*, 1892 ; *Dublin. J. of. med. sc.* 1892.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) Thèse de Paris 1893.

jours par cette opération à extirper la poche ou les annexes. Il ne faut même pas insister, disent ces auteurs, quand elles ne viennent pas facilement à cause des adhérences ou quand la poche est située très haut. Insister dans ces cas serait risquer de rompre la poche ou d'énuccléer les annexes incomplètement et de laisser des débris qui peuvent être une source d'infection.

M. Segond (1) constate aussi qu'on n'est sûr d'enlever toutes les parties des annexes malades ni par l'hystérectomie, ni par la laparotomie.

L'hystérectomie est donc assez souvent une opération incomplète et se réduit, en somme, à une large ouverture qui permet le drainage de la poche dans le point le plus declive ; cette ouverture suffit pour amener la guérison, malgré la présence des annexes.

Si on compare l'incision vaginale à l'hystérectomie, on voit que par celle-là on ne fait pas autre chose que par celle-ci : ouverture large et drainage des poches ; on laisse aussi intactes les annexes malades.

Pourquoi les malades ne guériraient-elles pas par l'incision vaginale ? Est-ce parce qu'on ne leur enlève pas l'utérus qui est tout à fait sain ? Cela est, croyons-nous, plutôt en faveur de cette opération : elle est moins grave, elle ne mutile pas la femme, elle lui laisse un organe qui n'est pas malade, elle ne fait pas courir aux malades des dangers par les débris qui

(1) *Arch. de tocol.*, 1891.

sont une source d'infections, comme dans l'hystérectomie incomplète ; elle n'ouvre pas le péritoine et ne produit pas le délabrement que cause l'hystérectomie.

L'incision vaginale peut ne pas ouvrir toutes les poches surtout celles qui sont haut situées, tout comme l'hystérectomie, mais elle ne compromet ni la vie de la malade, ni l'intervention ultérieure, si on la juge utile.

Il est vrai que l'ouverture faite par l'hystérectomie est plus large que celle faite par l'incision vaginale ; l'hystérectomie permet de faire un « drainage idéal ». Mais est-il toujours nécessaire que cette ouverture soit si large ? Celle que l'on fait par l'incision vaginale, large de 2-3 doigts et dans laquelle on peut introduire 2 gros drains, n'est-elle pas suffisante dans la plupart des cas pour donner issue au pus et permettre un bon drainage ?

Il nous reste encore à discuter trois objections qui sont déjà de moindre importance.

V. L'incision du cul-de-sac vaginal laisse souvent des fistules intarrissables. Cette objection est faite par notre maître M. Reynier (1), par M. Segond (2) ; sur la fréquence de ces fistules insistent aussi MM. Polaillon, Reclus, Monod, Terillon (3).

(1) Obs. XVIII.

(2) *Traité de chirurgie*, t. VIII.

(3) *Soc. chir.*, 2 et 9 juillet 1890

Dans la plupart des cas elles dépendent, croyons-nous, du mode de traitement. Il est très important de laisser les drains et de faire des lavages jusqu'à ce que la poche se soit complètement rétractée et ait, pour ainsi dire, expulsé elle-même les drains. De cette manière seulement on peut éviter les fistules.

La preuve qu'elles ne s'établissent pas facilement découle de la tendance de la poche à se rétracter, de la lutte qu'il faut soutenir, et de la surveillance qu'il faut exercer pour retarder cette rétraction.

Du reste, les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération nombre de fois, n'ont pas observé souvent de fistules.

Parmi les observations, relatées par M. Bouilly à la Société de chirurgie en 1890 et au Congrès de 1895, nous trouvons une fois cette complication.

M. Routier et M. le Dentu (1) n'ont pas observé de fistules. Nous ne trouvons de fistules ni dans les 29 observations de M. Blanc (2), ni dans les 130 observations de M. Goullioud (3), ni dans les 60 cas de M. Boisleux (4). M. Richelot (5) cite 10 observations sans fistules ; M. Delbet (6) cite 54 cas, avec 46 guérisons sans fistules, 1 état stationnaire, 4 morts et

(1) *Soc. de Chir.*, 2 et 9 juil. 1890.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Arch. de tocol.*, 1891.

(4) *Congr. fr. Chir.*, 1894.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Loc. cit.*

2 traités ultérieurement (ces 7 derniers cas étaient des phlegmons).

On pourrait citer encore beaucoup d'autres cas, mais nous le croyons inutile, n'ayant pas l'intention de démontrer qu'il n'y a jamais de fistules consécutives à l'incision du cul-de-sac vaginal ; au contraire, nous reconnaissons que cette complication arrive quelquefois : lorsque les soins consécutifs n'ont pas été suffisants, ou quand toutes les poches n'ont pas été ouvertes, ou bien dans quelques-uns des cas où la suppuration est entretenue par les annexes malades. La fistule peut encore se produire, lorsque la collection est considérable, que tout l'utérus baigne, pour ainsi dire, dans le pus : le petit bassin forme ce qu'on a appelé « éponge purulente ». Dans ces cas là, un nouveau débridement suffit quelquefois pour parer à l'accident ; s'il reste aussi sans résultat, il est incontestable qu'une intervention radicale seule peut apporter la guérison.

Mais cette complication n'est pas inconnue non plus dans la laparotomie et l'hystérectomie. On a même vu des cas où des fistules consécutives à ces deux opérations ou à l'ouverture spontanée des collections par le vagin ou le rectum (obs. V, VIII, XIV, XV), ont été guéries par l'incision vaginale.

M. Lafourcade cite parmi les complications de l'hystérectomie vaginale les fistules purulentes. Il cite une observation où les fistules purulentes avec des douleurs ont duré près de 5 mois, et il ajoute que si l'explora-

tion amenait dans une poche que l'on reconnaîtrait de se vider imparfaitement, *un débridement suffirait pour parer à cet inconvénient.*

De même, M. Richelot indique les fistules purulentes de longue durée comme complication des laparotomies incomplètes.

M. Rouffart (1) cite dans ses observations une fistule consécutive à l'hystérectomie.

D'après M. Pozzi (2), pour les fistules entretenues par un ancien foyer juxta-utérin incomplètement détergé, on pourra hésiter entre une laparotomie nouvelle et un *débridement vaginal*.

M. Delbet (3) cite 11 cas de pelvi-péritonites traités par la laparotomie : 9 guérisons, 2 morts (une par perforation intestinale secondaire, l'autre par rupture de la poche pendant l'opération et péritonite) ; 1 cas d'adénite guérie par la laparotomie, mais après une fistule stercorale ; 1 cas d'abcès indéterminé guéri, mais avec une fistule qui a duré 3 mois.

Parmi les observations publiées par M. Terillon dans la *Revue de Chir.* de 1889, on note plusieurs cas de fistules après la laparotomie, où il avait été obligé de laisser en place les parois de la poche et de faire un drainage vaginal. Dans la même série d'observations, 2 malades opérées par la laparotomie, pour des pyo-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

salpinx, conservèrent des fistules abdominales intarissables.

Henri Blatz, dans le *Médec. Stand. de Chicago* de 1889, rapporte l'observation d'une femme qui a subi quatre laparotomies, dont la quatrième a été faite pour la guérir d'une [fistule abdominale restée après les autres laparotomies (1).

D'après M. Terrier (2), il existe des fistules également quelquefois dans la laparotomie et dans l'hystérectomie.

VI. Nous ne nous arrêterons pas beaucoup sur les deux autres objections : première, qu'il se produit quelquefois une rétention du pus par suite de la rétraction rapide de la poche, et deuxième, qu'on fait une ponction blanche, quand le diagnostic n'est pas sûr.

A la première objection, nous répondrons qu'elle-même prouve déjà que les fistules ne peuvent pas se produire facilement, comme nous l'avons déjà dit ; ensuite, que la rétraction plus ou moins rapides dépend des soins consécutifs, bien compris et bien faits.

Le drainage prolongé et les lavages fréquents s'opposent le plus souvent à cette rétraction. Si même elle se produit et amène la rétention du pus, ce n'est qu'un léger désagrément : il faut faire un nouveau débriement, si la rétraction s'est déjà faite à tel point qu'on ne peut pas arriver, par une simple dilatation avec des

(1) CORNET, Thèse de Bordeaux, 1890.

(2) Congrès de chirurgie, 1893.

pincés, à parer à cet accident (Obs. III, VI, X.). Ce n'est qu'un léger désagrément, disons-nous, cette opération étant si inoffensive, comparée à la laparotomie et à l'hystérectomie, qu'on peut à la rigueur la faire même sans anesthésie.

Quant à la ponction blanche, nous rappellerons que l'incision du cul-de-sac postérieur est indiquée seulement quand on est plus ou moins sûr du diagnostic, c'est-à-dire quand le palper combiné avec le toucher permet de sentir une masse inflammatoire, empâtée, quelquefois fluctuante, quelquefois rénitente, masse qu'il ne faut confondre ni avec le fond de l'utérus dévié, ni avec une tumeur solide quelconque ; si surtout à la sensation de cette masse s'ajoutent encore des signes généraux de suppuration.

Mais il se présente parfois des cas où, malgré l'examen attentif, on enfonce le trocart et il ne s'écoule rien, ni sérosité, ni pus, ni sang.

La ponction ou l'incision a-t-elle été faite avec toute l'antisepsie possible, il n'y a aucun inconvénient ; la ponction produit le même effet que toute ponction exploratrice, faite dans n'importe quelle circonstance et n'importe quelle région ; de plus, cette ponction ou l'incision produit très souvent un bon effet, le même qu'un débridement de phlegmon ou de panaris ; la malade se trouve soulagée et la formation de la collection prévenue.

N'existe-t-il pas d'ailleurs des laparotomies, dites

exploratrices, qu'on pourrait aussi appeler blanches ?

De toute cette discussion il ressort pour nous que les inconvénients et les complications qu'on reproche à l'incision du cul-de-sac vaginal ne sont pas graves, qu'on peut les éviter pour la plupart, que ces mêmes inconvénients se rencontrent aussi dans la laparotomie et dans l'hystérectomie et qu'enfin ces deux opérations, entre autres inconvénients qu'on n'observe pas dans l'incision vaginale, en présentent quelques-uns qui méritent d'attirer notre attention.

C'est d'abord le choc opératoire et l'anesthésie prolongée qui sont déjà sérieux par eux-mêmes.

Par la laparotomie, on ouvre le péritoine, on risque d'y rompre la poche, en détachant les adhérences ou en énucléant les annexes, d'infecter la séreuse et de produire une péritonite mortelle ; même quand la laparotomie réussit, on peut encore avoir des accidents par les moignons septiques. Par la laparotomie, on n'arrive pas toujours à enlever les annexes ou à énucléer les poches. et alors cette opération aurait été faite inutilement. La laparotomie laisse souvent après elle une cicatrice disgracieuse et permet l'éventration.

Par l'hystérectomie, qui présente aussi quelques-uns des inconvénients que nous avons déjà signalés à propos de la laparotomie, on enlève un utérus qui n'est souvent pas malade et quelquefois les annexes qu'on aurait pu laisser intactes.

On a observé des troubles nerveux à la suite de cette opération. L'intestin grêle, l'épiploon peuvent venir faire hernie par la brèche que donne l'ablation de l'utérus. Elle présente quelques accidents secondaires : anurie, hémorrhagie secondaire, fistules urinaires et stercorales, quelquefois péritonite.

Ces deux opérations ne garantissent pas plus la guérison définitive que l'incision vaginale.

Mais l'incision vaginale présente encore des avantages :

1^o Elle est infiniment moins grave, fait qui n'est nié par personne.

Sur 130 cas, rapportés par M. Goullioud, il y a 2 morts, sur 13 opérées de M. Pilate il y a une mort (obs. XI), mais due plutôt à l'infection lente, antérieure à l'opération, tandis que M. Bouilly (1) a 4 morts sur 33 laparotomies pour pyosalpinx, M. Pozzi (1) 3 morts sur 39, M. Le Dentu (2), 25 0/0 de morts, M. Terrier (3) 5, 17 0/0, M. Segond (3) a 11 morts sur 102 hystérectomies.

2^o L'incision vaginale peut être faite par n'importe quel chirurgien, elle ne demande pas une expérience, une habileté, des connaissances chirurgicales spéciales, ce qui est très important, surtout pour les cas urgents où il faut agir immédiatement, où le chirur-

(1) *Archives de tocologie*, 1891.

(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1892.

(3) Congrès fr. chir., 1893.

gien n'a pas sous la main l'outillage spécial et si compliqué qu'exigent les deux autres opérations, où l'état général de la malade est grave, où la collection menace de s'ouvrir spontanément dans le péritoine ou au dehors.

3^o Cette opération ne compromet nullement l'intervention ultérieure plus radicale, si elle est jugée nécessaire.

4^o L'incision vaginale évite à la femme une mutilation, lui permet de conserver ses organes et, si elle est jeune, d'avoir des grossesses.

En général, il n'est pas sans inconvénients d'enlever l'utérus qui est un moyen de soutien du bassin et fait contrepoids à la pression abdominale.

Quant à la grossesse, c'est une question qui demande encore quelques discussions.

Il est évident que l'hystérectomie enlève toutes les chances de grossesse.

Quelques auteurs, comme M. Pozzi, affirment que dans les maladies des annexes, même si on n'enlève ni l'utérus, ni les annexes, la fécondation est impossible, à cause de la dégénérescence scléreuse que subissent ces dernières ; pour d'autres auteurs, dans la grande majorité des suppurations pelviennes, la lésion est bilatérale, et dans ce cas encore il reste peu de chance de grossesse.

Néanmoins, il y a des observations, où des femmes sont devenues enceintes et ont mené leur grossesse à terme, après la guérison d'une suppuration pel-

vienne, soit par la laparotomie, soit par l'incision d cul-de-sac vaginal.

Ici nous ne sommes pas d'accord avec M. Segond (1) qui, après avoir cité un fait de M. Terrier, où la malade est devenue enceinte plusieurs mois après son opération, ajoute qu'il croit « qu'on peut passer outre et lorsqu'une femme se présente avec des lésions péri-utérines suppuratives bilatérales, la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait à la grande rigueur donner une tentative de guérison par simple incision des collections purulentes ».

Nous sommes plutôt d'accord avec M. Delbet (2) qui dit qu'on « serait tenté de juger sévèrement le sacrifice de ces organes lorsqu'il n'est pas absolument nécessaire ».

Nous croyons que tant qu'il y a des chances, si minimes qu'elles soient, de grossesse, on n'a pas le droit de « passer outre » ; il faut s'abstenir autant que possible d'une intervention radicale qui pourrait compromettre ces chances ; il faut essayer d'abord d'autres opérations plus inoffensives. Bien plus, nous croyons que si cette intervention plus simple n'était que palliative, et que si elle permettait d'éloigner le moment de l'ablation des organes de la fécondation,

(1) *Archives de tocologie*, 1891 ; *Ann. de gynéc.*, 1896.

(2) *Loc. cit.*

et par là leur permettait sans danger de fonctionner encore quelque temps, on aurait le devoir absolu de reculer ce moment.

M. Goullioud, au Congrès de Chirurgie de 1894, cite des observations de malades, traitées par l'incision vaginale pour des suppurations pelviennes et devenues enceintes 4 mois, 6 mois, 8 mois, 1 an, 15 mois, 3 ans, 4 ans, et 5 ans après l'opération ; dans la majorité des cas, il s'agissait d'un pyosalpinx unilatéral, dans d'autres de pelvi-péritonite, consécutive à l'infection péritonéale par la trompe ; dans une observation, les lésions étaient diffuses à droite et à gauche ; dans une autre des poches purulentes ont été débridées de chaque côté de l'utérus, cas où on aurait fait une hystérectomie vaginale.

L'influence de la périmétrite ancienne sur la grossesse a été nulle, excepté dans un cas, où il y avait insertion vicieuse du placenta qui a entraîné la mort de la femme. Chez une malade, la grossesse fut tubaire.

Jamais, d'après Goullioud, il n'y a d'accidents graves chez des femmes devenues enceintes, après avoir eu des adhérences ou des suppurations pelviennes.

Dans des cas de suppurations pelviennes, pouvant être une cause d'auto-infection puerpérale, coïncidant avec des grossesses utérines, il faut, d'après le même auteur, faire un débridement vaginal par la méthode de Laroyenne ; il cite deux cas de dilatations tubaires suppurées énormes, coïncidant avec des grossesses utérines traitées par débridement vaginal, suivis de

de guérison parfaite, avec persistance de la grossesse dans un cas, et avec fausse couche, sans infection, dans l'autre.

Les malades, dit-il, devenues enceintes après une suppuration pelvienne et le débridement de cette suppuration par le vagin guérissent parfaitement et perdent leur sensibilité de la région primitivement malade. Il cite l'exemple suivant : Une malade, opérée pour une collection gauche tubaire par le débridement vaginal, conserva plusieurs mois de l'induration et de la sensibilité dans la région opérée ; on pensait à une nouvelle intervention ; cependant, quelques semaines après, l'assouplissement était complet. Un début de grossesse avait achevé la guérison, en ramollissant les tissus cicatriciels, et leur rendant leur souplesse. Et M. Goullioud finit sa communication : « Nous considérons l'apparition d'une grossesse chez une malade atteinte d'une salpingo-ovarite comme le plus heureux événement ; c'est l'assurance d'une guérison parfaite ».

Parmi les 15 observations, relatées par lui, il y en a une où se trouvaient deux collections suppurées, ouvertes dans la même séance, l'une à droite, l'autre à gauche ; fistule unilatérale guérie spontanément ; guérison des collections parfaite, prouvée par une grossesse survenue 8 mois après. » Il signale encore une malade enceinte atteinte d'une énorme salpingite suppurée, opérée par la voie vaginale, guérie et qui a mené à terme sa grossesse ; la mère et l'enfant sont

vivants et bien portants 3 ans après l'opération. Une autre a eu, quelques jours après le débridement d'une collection pelvienne suppurée, un avortement sans infection et a parfaitement guéri (1).

M. le Dentu (2) indique aussi l'avantage de ménager la possibilité des grossesses ultérieures.

M. Richelot (3) a fait l'incision vaginale chez une malade âgée de 18 ans pour cette unique raison qu'elle était jeune.

M. Rodriguez cite dans sa thèse une observation de périméto-salpingite guérie par l'incision vaginale, devenue enceinte et qui a fait une fausse couche de 3 mois; une autre observation d'un phlegmon du ligament large, guéri par l'incision vaginale avec grossesse ultérieure.

M. Vuillet de Genève, au Congrès de Rome de 1894, cite une observation de grossesse survenue chez une de ses malades après guérison par ponction, et il conclut que les trompes mêmes purulentes peuvent recouvrer leurs fonctions normales après un traitement conservateur.

M. Bétrix relate au même congrès une observation de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire pyo-hémato-salpinx à droite, hydrosalpinx à gauche.

(1) *Arch. de tocol.*, 1894.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

« Cette observation, conclut M. Bétrix, me semble fournir la *preuve* absolue de la possibilité pour les *trompes*, de recouvrer, dans certains cas, *leurs fonctions normales*, après avoir été guéries par la ponction, et ce sera pour les chirurgiens un enseignement précieux de ne pas priver des femmes encore jeunes, d'organes qui peuvent être guéries sans en faire l'ablation ».

b) *Hématocèles.*

Après toutes ces discussions, il ne nous reste que quelques mots à dire sur les hématocèles.

Toutes les opinions concernant ces dernières peuvent se résumer ainsi :

La majorité des chirurgiens considèrent qu'il faut commencer le traitement des hématocèles par le repos et les moyens médicaux et n'intervenir que : si la tumeur persiste longtemps, si elle semble s'accroître, si elle menace de passer à l'état de suppuration, ou bien si les phénomènes péritonéaux font craindre une péritonite généralisée. Le désaccord commence, quand il s'agit du mode opératoire de l'hématocèle rétro-utérine proprement dite, les hématocèles suppurées étant considérées comme les suppurations pelviennes : les uns, la majorité, avec MM. Routier, Bouilly, Laroyenne, Gusserow, Zweifel, Byford préconisent l'incision vaginale : ici il n'y a pas d'organes malades à enlever ; il ne s'agit que d'évacuer le sang et de pré-

venir de cette manière des accidents possibles ; les autres, avec MM. Reynier, Terillon, Terrier, Lawson-Tait, préconisent la laparotomie.

M. Reynier insiste et au congrès de Rome de 1894 et dans la récente discussion à la société de Chirurgie (Janvier 1896) sur le traitement des hématoécèles par la laparotomie qui n'est pas dangereuse pour la malade, quand l'opération est précoce. Il considère que l'hématoécèle a pour cause, 90 fois sur 100 au moins, une grossesse tubo-péritonéale ou une salpingite hémorrhagique, dont l'origine est une grossesse. La laparotomie permet dans ces cas de reconnaître la cause de l'hémorrhagie et de la supprimer.

Nous croyons que dans les hématoécèles l'incision vaginale est encore plus indiquée que dans les suppurations pelviennes.

L'hématoécèle se présente le plus souvent comme une tumeur sanguine enkystée, bombant dans le cul-de-sac vaginal, tumeur, ayant pour cause, soit un arrêt brusque des règles, soit la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, soit la rupture veineuse, soit, dans la grande majorité des cas, une grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution.

Dans ces cas-là, l'hématoécèle peut se vider parfaitement par le vagin, sans accidents.

On cite, comme complication de l'incision vaginale, l'hémorrhagie qui peut être mortelle, dans les cas d'épanchement sanguin libre dans le péritoine. Alors, ce n'est plus une hématoécèle proprement dite,

mais une véritable hémorrhagie interne : elle ne fait pas saillie dans le vagin, elle présente des signes généraux graves qui la font soupçonner. Dans ces cas, la laparotomie est certainement indiquée.

M. Routier qui était partisan de la laparotomie pour les hématoécèles a renoncé à cette opération.

Dans un article publié dans les *Annales de Gynécologie* de 1890, il relate trois cas, traités par l'incision vaginale, et remarque qu'il aurait pu traiter également ces malades par la laparotomie, mais, ajoutait-il, « vraiment l'incision vaginale me paraît plus simple et plus rapide ; j'ajouterai même moins dangereuse. »... « Je reste persuadé que c'est (la laparotomie) une opération grave, aussitôt qu'on ne se contente plus d'ouvrir simplement le péritoine, ce serait alors la plus bénigne des opérations ; mais quand il faut se livrer à des manœuvres ultérieures, quand il s'agit surtout de manier des poches purulentes, le plus soigneux des chirurgiens ne peut jamais alors répondre de son asepsie, et par là, de la vie de sa malade ».

Au commencement de cette année, dans les séances de la Société de Chirurgie du 15 janvier au 5 février, a été de nouveau soulevée la question du traitement de l'hématoécèle.

MM. Routier, Schwartz, Bouilly, Tuffier et Segond se sont prononcés pour l'incision vaginale ; MM. Reynier, Piqué, L. Championnière et Terrier — pour la laparotomie ; M. Chaput a proposé la laparotomie

pour les cas, où il y a des signes d'hémorrhagie interne ou d'hémorrhagie enkystée, et l'incision vaginale pour les hématocèles suppurées.

Nous nous associons complètement aux conclusions que M. Bouilly a formulées dans la séance du 27 janvier : Dans la majorité des cas se rencontrent des hématocèles qu'on diagnostique assez facilement par la constatation, après la suppression des règles, d'une tumeur rétro-utérine transversale, du développement anormal de l'utérus et de l'écoulement sanguin qui en fait irruption. Que la collection sanguine contienne ou non un embryon plus ou moins digéré, peu importe. Il existe une collection intrapéritonéale, plus ou moins enkystée, qui appelle une intervention et cette intervention doit être l'incision vaginale... La grossesse ectopique, en voie d'évolution, doit être traitée et enlevée comme une tumeur des annexes. Si l'hémorrhagie est menaçante, il faut extraire le sac par la laparotomie ; si l'on a affaire à l'hématocèle classique — opérer par la voie vaginale.

L'incision vaginale est d'autant plus indiquée, dans les hématocèles, croyons-nous, que souvent le diagnostic est impossible entre l'épanchement hématique et la collection purulente de la pelvi-péritonite à début menstruel ; le diagnostic est surtout difficile dans les hématocèles de volume moyen. Ici pas de pâleur par suite de l'insuffisance de l'hémorrhagie, rien de caractéristique dans les anamnestiques ; pas de retard important des règles pouvant faire soupçonner une gros-

sesse extra-utérine. La sensation pâteuse des caillots perçue par le vagin ne dure que quelques jours. Dans les formes foudroyantes plus faciles à diagnostiquer le débridement hâte considérablement la guérison qui serait, d'après M. Laroyenne, plus parfaite, laissant moins de reliquat que dans la résorption spontanée. Dans les hématoécèles suppurées, l'indication est absolue et indispensable (1).

Après les discussions, par lesquelles nous avons essayé de montrer l'innocuité de l'incision vaginale et de réfuter toutes les objections qu'on fait à cette opération, nous tâcherons de formuler ses indications.

(1) Goullioud. — *Arch. de Tocol.* 1891.

Indications

De toutes les discussions précédentes il résulte que l'incision vaginale, malgré les nombreuses objections qu'on lui fait, reste réellement « une bonne méthode et peut nous être utile à titre provisoire et définitif », comme dit M. Richelot. Par cette opération on intervient dans toute une catégorie de suppurations pelviennes et dans les hématoécèles, pour lesquelles on se contentait il y a 10 ans, de l'expectation et dans lesquelles on a recours actuellement trop souvent à des opérations radicales, comme la laparotomie et l'hystérectomie.

Les résultats favorables que donne cette opération ont été constatés même par quelques-uns de ses adversaires les plus résolus.

M. Terrier qui n'a jamais voulu s'adresser à l'incision vaginale et lui préférerait toujours la laparotomie, a communiqué, au Congrès de chirurgie de 1893, deux cas de suppuration pelvienne traités par cette simple opération et guéris depuis dix-huit mois, et il ajoute : « Peut-être aurions nous pu recourir à l'incision vaginale dans un nombre de cas un peu plus grand ; la persistance du maintien de la guérison nous engage à la faire dans l'avenir ».

Nous avons vu que l'incision vaginale peut souvent donner la guérison définitive dans les suppurations pelviennes uni ou multiloculaires, d'origine annexielle pelvi-péritonitique.

Mais si les collections haut situées, surtout annexielles et bilatérales, soulèvent des objections, il y a des cas dans lesquels presque tous les chirurgiens sont d'accord : quand une collection pelvienne fait saillie dans le vagin, quand on sent nettement la fluctuation. Dans ces cas on peut appliquer le principe général de chirurgie : donner issue au pus par le point le plus en vue, aborder la collection par l'endroit où elle est le plus superficielle, le plus accessible.

Ainsi, M. Terillon, dans un article sur le traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez les femmes, publié dans la *Semaine Médicale* du 4 août 1886 dit : « La logique veut qu'on incise dans le point qui proémine le plus et qu'on choisisse ensuite le point le plus déclive de la région pour permettre au pus de s'écouler facilement. Si la tumeur est plus saillante dans le vagin, il faut faire une incision vaginale ; les conditions de déclivité sont parfaites et le pus s'écoule facilement ».

Malgré ces excellentes raisons en faveur de l'incision vaginale, M. Terillon est partisan de la laparotomie, même dans ces cas ; il croit que l'incision vaginale est difficile à bien faire ; tandis que du côté de la paroi abdominale on opère à ciel ouvert et l'antisepsie est plus facile à réaliser que dans le vagin,

Nous avons déjà vu dans le chapitre précédent que ces deux objections tombent d'elles-mêmes depuis que l'opération de Péan existe.

Munde (1) se déclare partisan de l'incision vaginale dans les suppurations pelviennes.

De même, M. Pozzi (2) est d'avis qu'on peut faire l'ouverture des abcès pelviens et leur drainage par le vagin, quand ces abcès y proéminent franchement.

« Employée à l'évacuation et au drainage de certaines suppurations pelviennes, elle (l'incision vaginale) devient une méthode très recommandable. Ouvrir des hématoécèles, des abcès pelviens aigus, des phlegmons des ligaments larges « à présentation vaginale », bombant vers le cul-de-sac de Douglas, voilà une intervention nettement indiquée et bonne : la collection vient solliciter le bistouri à l'endroit déclive (3). »

Pour M. Segond (4), l'incision vaginale s'impose comme « unique méthode de traitement raisonnable » dans les collections phlegmoneuses récentes et certaines hématoécèles suppurées et quelques rares variétés d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne.

Pour M. Péan (5), quand on a affaire à une collection

(1) *Americ. Jour. of obstetr.* 1886., p. 113.

(2) *Soc. chir.* 14 avr. 1886 ; *Traité de gynécologie*, 1890.

(3) FORGUES ET RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgic.* t. II.

(4) *Traité de chirurgie* t. VIII.

(5) Acad. de méd., 8 juillet 1890.

pelvienne purulente occupant les culs-de-sac péritonéaux ou les ligaments larges, on peut la traiter par l'incision, le drainage et les injections antiseptiques.

« Il ne me paraît pas douteux, dit M. Delbet (1), que lorsqu'un abcès peut être ouvert directement par le vagin, il doive l'être; la voie vaginale est excellente, lorsque l'abcès peut être directement incisé. »

Delagenière (2) incise le cul-de-sac postérieur, ouvre les poches purulentes dans les cas où les collections purulentes sont situées très bas, lorsqu'on les sent tomber dans le vagin.

M. Desprès (3) pratique l'incision vaginale, quand la poche fait saillie vers le vagin et a contracté des adhérences avec lui.

« L'incision large, suivie de drainage, dit M. le Dentu (4) doit être faite toutes les fois que le foyer paraît facilement accessible par la paroi abdominale ou par les culs-de-sac vaginaux. L'expérience a démontré depuis longtemps qu'elle donnait des résultats rapides et durables. »

Mais à côté de toutes ces collections bien caractérisées, faciles à diagnostiquer, il y a une autre catégorie d'affections inflammatoires qui passaient souvent inaperçues ou qui, étant mises sur le compte des

(1) *Loc. cit.*

(2) *Congrès de chirurgie*, 1894.

(3) *Société de chirurgie*, juillet 1890.

(4) *Gazette des Hôpitaux*, 27 février 1892.

métrites, des péritonites adhésives, des déviations utérines, etc., n'étaient pas toujours diagnostiqués et, par cela même, n'étaient pas traitées. Si même le diagnostic était posé, on se bornait à attendre que la nature elle-même agit sur ces affections.

C'est sur cette catégorie que M. Laroyenne (1) a attiré l'attention dans sa communication en 1886.

« En dehors des hématocèles pelviennes, d'un volume plus ou moins considérables, qui tendent à se résorber ou qui s'ouvrent spontanément, en dehors aussi des abcès aigus, suites de couches ou autres qui souvent se frayent une voie vers le rectum, le vagin, la vessie ou la paroi abdominale, il existe dans le bassin des collections de sérosité, de sang, de pus qui passent le plus souvent inaperçues et sont complètement abandonnées à elles-mêmes. Dans ces collections c'est le pus qui se rencontre le plus souvent ». Voici comment ces collections sont caractérisées :

« Tuméfaction située dans le cul-de-sac de Douglas, s'étendant plus ou moins haut vers les régions supérieures et latérales. Leur fluctuation obscure, ou mieux leur mollesse, est difficile à percevoir, à cause de leur siège et de l'épaississement plus ou moins considérable du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal dans les points, où la tuméfaction est accessible au toucher (vagin, rectum). En général constant, cet épaississement est bien moindre au niveau des

(1) *Lyon Médical*, février 1886.

poches qui ne renferment que de la sérosité. La muqueuse vaginale n'adhère pas aux tissus indurés sous-jacents. Cependant par le rectum ou le vagin, on perçoit souvent la sensation d'un œdème éloigné ou d'un empâtement profond. La douleur vive, spontanée et à la pression, est constante, avec des rémissions incomplètes, qui peuvent permettre à certaines malades de vaquer à différentes reprises à leurs occupations pendant plusieurs mois sans interruption. Ces péritonites, sont sauf de rares exceptions, toujours apyrétiques... « Ces épanchements latents, sans fièvre, qui n'ont aucune tendance à s'ouvrir spontanément, sont justifiées d'un traitement chirurgical méthodique. »

D'après Laroyenne et ses élèves, l'incision du cul-de-sac est indiquée chaque fois que par le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal et rectal on sent une masse inflammatoire d'un volume d'une orange ou d'une mandarine, quand on est sûr que cette masse n'est ni le fond de l'utérus dévié, ni une tumeur solide. De plus, si cette tumeur inflammatoire se trouve assez engagée dans le petit bassin pour pouvoir être atteinte par le trocart, peu importe que la collection se trouve dans les trompes, dans les ligaments larges ou constitue la pelvi-péritonite, d'origine annexielle ou puerpérale ; peu importe aussi que la poche soit unique ou multiple, pourvu qu'on puisse arriver à les atteindre toutes.

Même si ces tumeurs se trouvent dans les culs-de-sac latéraux, il faut les attaquer par le cul-de-sac pos-

térieur, parce que les $\frac{3}{4}$ de la masse se développent en arrière d'une ligne passant par le col.

Quant aux hématoçèles rétro-utérines, nous ne pouvons mieux faire, d'après ce que nous avons déjà dit dans le chapitre précédent, que de nous rapporter aux déclarations faites par M. Bouilly au Congrès de chirurgie de 1895.

« L'incision vaginale, dit-il, représente le traitement par excellence des collections hématiques péritonéales, réunies sous le nom commun d'hématoçèle rétro-utérine ou péri-utérine. Fournies, dans l'immense majorité des cas, par la rupture d'une grossesse tubaire de quelques semaines à 2 mois et $\frac{1}{2}$ de durée, ces hémorrhagies forment des masses de volume variable, d'une résorption lente et douloureuse, d'une susceptibilité d'infection toujours prête. 2, 3 ou 4 semaines après les accidents initiaux, persistent les signes de la tumeur rétro-utérine ; c'est le moment d'intervenir, l'hémorrhagie est définitivement arrêtée : c'est un hématome récent qu'il faut traiter. En pareil cas, rien ne vaut mieux que l'évacuation de la collection par la large incision du cul-de-sac postérieur. Je suis intervenu de cette façon dans 10 cas de ce genre, sans me préoccuper de la trompe rompue ou malade, ni de la source initiale de l'hémorrhagie et 10 fois j'ai obtenu un succès complet et rapide...

« J'ai cru intéressant de montrer, conclut M. Bouilly, dans un certain nombre de cas, la manœuvre élé-

mentaire et l'action *minoris periculi* substituée à l'opération difficile et compliquée, et de chercher pour certaines indications le progrès dans la simplicité ».

Pour les hématoécèles, encore plus que pour les supurations pelviennes, nous pouvons remarquer que l'incision vaginale donne dans la majorité des cas la guérison certaine et rapide ; elle est une opération inoffensive, un traitement naturel, réalisant les meilleures conditions de déclivité.

N'ayant nullement l'intention de proposer la substitution de l'incision vaginale à la laparotomie et à l'hystérectomie, qui ont déjà fait leurs preuves, dans toutes les affections inflammatoires du petit bassin, nous essayerons de préciser les indications qui résultent des nombreuses communications, publiées jusqu'aujourd'hui par divers chirurgiens, qui résultent aussi de nos discussions et des observations que nous rélatons à l'appui de notre thèse.

L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur peut être faite :

1^o Comme opération de *choix* : dans les cas de pelvipéritonite d'origine puerpérale ou annexielle ; dans les cas de phlegmon des ligaments larges ; dans les collections tubaires uni-latérales et à poche unique ; dans les hématoécèles rétro-utérine proprement dites et les hématoécèles suppurées.

2^o Comme opération de *nécessité* : dans les cas de

collections purulentes uni ou bilatérales, d'origine tubaire ou pelvi-péritonitique, à poches uniques ou multiples, avec un état général grave, fièvre ; quand l'opération doit être faite d'urgence alors que la malade ne pourrait pas subir une opération grave, comme la laparotomie ou l'hystérectomie, sans courir un grand danger par suite du choc opératoire et de l'anesthésie prolongée ; dans les cas de collections abondantes avec adhérences multiples et présence de pus, probablement septique, où la difficulté de détacher les adhérences, le danger de rompre la poche et de laisser fuser le pus dans le péritoine ouvert, font renoncer pour le moment à une opération plus radicale.

3° Comme opération *d'attente ou d'essai* ; dans les cas où le diagnostic de la bilabéralité des lésions, de l'étendue de la poche, du degré de l'affection des annexes n'est pas sûr. Surtout quand on a affaire à une femme jeune, en pleine activité sexuelle, quand on peut espérer et essayer de la guérir par une opération simple, et, en tout cas, lui permettre d'attendre une opération plus radicale, s'il y a lieu, et de laisser ainsi à cette femme la possibilité de procréer encore.

Telles sont les indications de l'opération qui nous occupe. Voyons maintenant quels sont les résultats immédiats et éloignés qu'elle donne.

Résultats

Résultats immédiats. — Aussitôt après l'opération, la malade se trouve soulagée. L'incision vaginale produit le même effet que le débridement d'un panaris, d'un abcès quelconque. La fièvre tombe ; la malade qui était tourmentée par l'insomnie, par l'inappétence, commence à dormir, à manger, elle reprend des forces et après un temps relativement très court elle change tout à fait d'aspect. Quant aux femmes chez lesquelles l'épanchement ne détermine pas de douleurs vives, mais produit une sensation de gêne, de pesanteur, de la difficulté de la marche, — tous ces phénomènes disparaissent ou s'atténuent notablement. Un des effets les plus heureux de l'incision, est la cessation des douleurs qui reviennent si souvent à chaque époque menstruelle, et la régularisation de l'écoulement sanguin. Quelquefois les règles peuvent encore rester douloureuses une fois ou deux, mais bientôt la douleur s'atténue et tout rentre dans l'ordre.

Le pus évacué, la poche a une telle tendance à se rétracter qu'il faut lutter contre cette rétraction en maintenant béant le trajet de la ponction jusqu'à la cicatrisation complète de la poche ; ce n'est qu'à cette

condition que la guérison est obtenue sans trajet fistuleux, ni rétention. Cet accident (rétraction trop rapide de la poche) est arrivé à trois opérées de M. Pilate (1). Mais cette tendance à la rétraction a aussi ses avantages : grâce à elle, la cavité s'affaisse, le cul-de-sac vaginal s'élève à sa rencontre ; bientôt on ne trouve plus au toucher qu'une petite cicatrice au fond d'un dôme vaginal, et à la place de la collection, une induration étalée de quelques millimètres d'épaisseur qui disparaît aussi finalement ; les culs-de-sac s'assouplissent, l'utérus recouvre peu à peu sa mobilité et sa position normales.

Quelquefois, dans les cas les moins favorables, la cicatrice adhère aux annexes et les malades continuent à souffrir. Mais ici, dit Goullioud (2), « la méthode de Laroyenne est impuissante. Les malades gardent les cicatrices pelviennes et les organes adhérents. Beaucoup n'en sont pas absolument incommodées ; d'autres gardent les maladies, l'infirmité des salpingo-ovarites, bien qu'elles n'aient pas les douleurs de celles qui portent des collections tubaires, sujettes à des poussées aiguës. En tout cas, si après évacuation des foyers pelviens et après une attente suffisante, la femme continue à souffrir, elle devient justiciable de l'ablation secondaire des annexes ou de la castration utérine. »

(1) Voir les obs. III, VI, X.

(2) *Archives de tocologie*, 1891.

Parfois pendant quelques mois qui suivent l'opération, les malades sont obligées de se ménager, autrement elles souffrent, comme peuvent d'ailleurs souffrir toutes les malades qui ont eu une affection inflammatoire ou traumatique quelconque.

Ici nous devrions parler de quelques accidents de l'incision vaginale (blessure de l'artère utérine, des organes voisins, etc.), mais nous en avons suffisamment parlé dans les chapitres précédents.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur un accident qui est arrivé dans un cas, cité parmi nos observations, à la suite de lavage de la poche fait immédiatement après l'opération et qui a provoqué quelques phénomènes péritonitiques ; ces phénomènes n'ont heureusement pas duré et la malade a guéri assez vite (Obs. VI).

Nous citons quatre observations des poches multiples ouvertes dans trois cas dans la même séance et dans le quatrième à un intervalle rapproché (Obs. IV, X, XII, XVI).

Nous relatons également quelques cas de suppuration d'origine annexielle, uni ou bilatérales qui ont été guéries par l'incision vaginale (Obs. I, III, IV, VI et XII).

Les fistules spontanées, vaginales et rectales, guérissent presque toujours par l'incision vaginale, comme prouvent nos observations V, VIII, XIV et XV.

Dans nos observations on ne trouvera pas de

fistules intarissables, dont parlent les auteurs. Cet accident n'est pas si fréquent qu'on le dit. Sur 321 cas que nous avons pu réunir nous n'avons trouvé que 6 fistules, ce qui fait 1, 9 % à peine. Il est d'ailleurs fréquemment évitable, comme nous avons vu plus haut.

Notre impartialité nous oblige à citer quelques succès de l'incision vaginale, à la suite de laquelle il a fallu intervenir ultérieurement par la laparotomie ou l'hystérectomie (obs. XVII et XIX).

En général, on peut dire que l'incision du cul-de-sac vaginal est une opération excessivement bénigne ; elle donne une mortalité très faible. Sur 130 cas, relatés par Goullioud, il n'y a que deux morts.

Nous avons aussi une mort à noter, mais elle est survenue trois jours après l'incision vaginale par infection lente antérieure à l'opération (obs. XI) (1).

Voici encore la statistique que donne M. Delbet (2).

Incision vaginale : Pelvi-péritonite 6 cas, 6 guérisons.

Phlegmons 24 cas : 16 guérisons, 1 état stationnaire, 4 morts, 2 traités ultérieurement.

Abcès (diagnostic incertain) 24 cas, 24 guérisons.

Ces résultats sont d'autant plus remarquables,

(1) Un autre cas de mort, signalé dans notre observation VII, ne peut pas être mis sur le compte de l'incision vaginale, car elle est due à la méningite tuberculeuse.

(2) *Loc. cit.*

ajoute-t-il, que beaucoup de cas datent de la période préaseptique.

Laparotomie : Pelvi-péritonite 11 cas : 9 guérisons, 2 morts (une par perforation intestinale secondaire, l'autre par rupture de la poche pendant l'opération et péritonite).

Adénite 1 cas, 1 guérison (après une fistule stercorale).

Hématocèles suppurées 10 cas, 10 guérisons.

Phlegmons 10 cas : 4 guérisons, 2 morts.

Abcès indéterminé 1 cas, 1 guérison (fistule qui dure 3 mois).

Par conséquent, sur 54 cas, d'incision vaginale il y a 4 morts (7,4 0/0), sur 33 cas de laparotomie, 4 morts (12, 13 0/0), mais il faut remarquer que beaucoup de cas d'incision vaginale datent de la période préaseptique ; actuellement on compte à peine 2 0/0 de mortalité.

La statistique des cas, contenus dans les ouvrages cités à la fin de ce travail y comprises les observations relatées par nous, donne les chiffres suivants :

321 cas de suppurations pelviennes ont donné 310 guérisons, 5 morts, 1 état stationnaire, 5 interventions ultérieures, ce qui fait 1,5 0/0 de morts, 1,5 0/0 d'interventions ultérieures. Il faut remarquer que parmi ces cas sont comptées deux malades opérées par M. Routier in extremis, une malade de M. Pilate dont nous avons déjà parlé et enfin un cas de M. Richelot qui lui suggère la réflexion suivante : « On peut dire

que tout autre mode d'intervention n'eût pas mieux réussi ».

Quant à l'hématocèle rétro-utérine ou suppurée, notre statistique donne les chiffres suivants : 144 cas avec 141 guérisons et 3 morts, ce qui fait 2 0/0 de mortalité, mais il faut noter qu'il y a ici 2 cas de morts, cités par Zweifel, à la suite d'injections trop fortes faites dans la poche (1)

Laguérison, après un débridement vaginal, survient ordinairement en 30 à 40 jours.

Les *résultats éloignés* sont, en général, bons. La guérison est très souvent définitive, ce que prouvent nos observations, où les malades ont été revues longtemps après l'opération, jusqu'à 1 an (obs. I), 2 ans (obs. III et IV), 5 ans (obs. XIII), et d'autres cas nombreux, cités par Goullioud, Blanc, et d'autres auteurs, où la guérison s'est maintenue 5 ans après l'opération.

Mais quelquefois les malades reviennent après 2, 3, et 4 ans de guérison avec un retour des douleurs à la suite d'un excès de travail ou d'une imprudence — quelques jours d'immobilité suffisent. D'autres fois, une incision nouvelle est nécessaire (obs. X) pour obtenir soit une guérison, soit une amélioration. Quelques malades, en nombre bien limité, restent impotentes, gardent les symptômes et les lésions d'une

(1) *Archiv. für gynaek.*, 1885.

salpingo-ovarite, plus ou moins douloureuse ; mais les douleurs qu'elles éprouvent sont toujours bien moins prononcées que celles qui existaient avant l'intervention et qui l'ont motivée. Pour ces malades, une thérapeutique plus radicale s'impose, et si on y a recours, elle sera appliquée dans des conditions plus favorables qu'avant l'incision vaginale.

Enfin, on a observé des cas de grossesse après la guérison des suppurations pelviennes et des hémato-cèles par l'incision vaginale.

Parmi les 321 cas de suppurations pelviennes que nous avons réunis, il y a eu 20 grossesses ; parmi les 144 cas d'hématocèles, 10 grossesses ultérieures.

CONCLUSIONS

D'après tout ce que nous avons dit dans ce travail, nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

I. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est une opération très bénigne et éminemment conservatrice. Elle peut être faite dans l'état aigu et subaigu de la maladie.

II. Le procédé opératoire soit avec l'instrument de Laroyenne, soit avec le bistouri est très simple.

III. L'antisepsie vaginale peut être suffisante pour ne pas compromettre le succès.

IV. On peut éviter facilement la plupart des accidents, comme la blessure de l'artère et des organes voisins. Les hémorragies opératoires ne sont pas graves et l'hémostase en est facile.

V. Les fistules sont rares ; elles peuvent souvent être évitées par un drainage bien fait et suffisamment prolongé ; elles guérissent souvent spontanément ; si elles persistent, une autre intervention (un nouveau débridement et, en cas d'insuccès, une laparotomie ou une hystérectomie) est indiquée.

VI. Par les soins consécutifs suffisants, on peut prévenir la rétraction rapide de la poche et la rétention du pus ; si cet accident se produit, un nouveau débridement en a le plus souvent raison.

VII. La ponction blanche peut être évitée, si le diagnostic est soigneusement fait avant l'intervention ; en tout cas, cette ponction n'amène aucun accident sérieux.

VIII. L'incision vaginale donne une guérison définitive dans les cas de pelvipéritonite puerpérale ou annexielle, de phlegmons des ligaments larges, de collections tubaires unilatérales, à poche unique ; dans les hématocèles retro-utérines proprement dites et les hématocèles suppurées.

IX. Elle peut donner une guérison définitive dans les cas de collections multiloculaires, de collections haut situées, mais à condition que toutes les poches puissent être atteintes par le vagin,

X. Elle peut donner une guérison définitive dans les cas de collections tubaires bilatérales, à poches uniques ou multiples, mais souvent ces collections ne sont justiciables que d'une laparotomie ou d'une hystérectomie.

XI. L'incision vaginale doit être tentée dans tous les cas de suppurations pelviennes, quand l'état général de la malade ne permet pas d'intervenir par une opération grave.

XII. L'incision vaginale doit être tentée, quand le diagnostic de la bilatéralité des lésions n'est pas certain.

XIII. L'incision vaginale doit être tentée, lorsqu'on se trouve en présence d'une malade jeune, dont l'état laisse encore espérer une guérison par une opération simple, ou permet de reculer l'intervention par l'hystérectomie.

XIV. L'incision vaginale ne compromet nullement l'intervention ultérieure par une autre opération, si elle est jugée nécessaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Salpingite suppurée. — Débridement vaginal. — Guérison rapide.

Madame D..., 38 ans, n'a eu qu'une couche à l'âge de 20 ans. Il y a 14 ans, elle éprouva des accidents aigus péritonitiques. Une autre fois, elle eut des souffrances marquées dans le ventre, mais sans être arrêtée. Habituellement elle est d'une bonne santé et se livre à des occupations assez fatigantes.

Au mois de septembre 1894, elle est prise d'état péritonitique aigu, fébrile, ayant son point de départ dans le petit bassin et remontant un peu dans le reste du ventre. Cette poussée inflammatoire dure 6 à 7 semaines et ne se calme qu'à la fin du mois d'octobre. A ce moment, l'état est le suivant : La fièvre est peu intense. La souffrance du ventre est encore continue, mais peu vive, avec quelques exacerbations seulement. Le palper et le toucher combinés montrent la présence d'une tumeur à limites peu précises, grosse comme le poing, faisant peu de saillie dans le vagin et ne remontant pas au-dessus du pubis, occupant principalement le côté gauche de l'excavation pelvienne, peu mobile, dure, sauf en un point qui est dépressible. L'utérus est refoulé un peu en haut et immobile. Il y a

là tous les caractères de la salpingite suppurée, peut-être unilatérale.

Le 3 novembre on fait la ponction et l'incision de la tumeur par le procédé de Laroyenne. Il sort un verre de pus bien lié. L'incision permet de passer 2 doigts. On détruit plusieurs brides qui cloisonnent la poche. L'utérus redevient libre, mobile ; les annexes sont trouvées seulement un peu augmentées de volume et méconnaissables à gauche.

On applique un tampon de gaze iodoformée à la fois dans la poche suppurée et dans le vagin. Le tampon est renouvelé au bout de 3 jours et dans la suite on le remplace tous les 2 jours après lavage vaginal.

La guérison est obtenue *au bout de un mois*.

Les nouvelles reçues en novembre 1895, c'est-à-dire un an après l'opération, indiquent que la malade n'a plus souffert du ventre et a repris toutes ses occupations.

Réflexions. Ce cas est le type des suppurations pelviennes qu'on peut évacuer par le vagin, puisqu'il s'agissait d'une salpingite purulente unilatérale, très accessible dans le cul-de-sac postérieur du vagin et que l'incision a guérie définitivement en un mois.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Annexite avec collection liquide séreuse. — Incision. — Guérison.

Dur..., 39 ans, éprouve au moment de ses règles, au commencement de juin 1894, des douleurs vives qui n'ont point cessé jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 5 juillet

suivant. Le sang continue à venir, mais sans grande abondance.

A son entrée, la palpation du ventre est rendue difficile à cause de la souffrance et ne permet pas de reconnaître la présence d'une tumeur. Au toucher, on trouve l'utérus immobile; le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur grosse comme un œuf de poule, arrondie, se confondant sur les côtés avec les annexes, de consistance élastique, d'une très vive sensibilité. Le début rapide et l'état aigu font penser qu'il s'agit d'une collection liquide, d'origine inflammatoire.

Le 12 juillet on fait une large incision du cul-de-sac postérieur du vagin avec des ciseaux. Le doigt traverse ensuite un tissu cellulaire enflammé, allant à la recherche de la collection liquide qu'il trouve nettement du côté droit et qui est perforée par pression. Il en sort un liquide séreux qui occupait une cavité représentant le volume d'une noix. Les tissus voisins sont le siège d'un empâtement inflammatoire. On tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée.

Il ne se fait aucune réaction; et il en résulte un soulagement immédiat très prononcé.

Le tamponnement est renouvelé d'abord après 3 jours, puis après 2 jours, et ensuite remplacé par de simples injections vaginales.

Trois semaines après, la plaie vaginale est cicatrisée. Le toucher montre que les annexes ne sont plus que le siège d'un léger empâtement bosselé.

Un mois après, le cul-de-sac postérieur est devenu complètement libre, les annexes sont souples, l'ovaire gauche est seulement un peu plus gros que l'ovaire droit, mais nullement sensible.

La malade sort le 20 août, se trouvant complètement guérie.

Réflexions. — Dans ce cas simple il s'agit seulement d'une affection inflammatoire aiguë des annexes ayant déterminé

une péritonite pelvienne très limitée et enkystée. Au moment de l'opération, on trouve un empâtement des tissus qui entoure la petite collection séreuse. L'évacuation du liquide suffit pour déterminer la résolution des tissus enflammés et ramener les annexes à leur état normal.

OBSERVATION III

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Salpingite avec péritonite enkystée. — Débridement vaginal. — Guérison.

D .. Rose, âgée de 21 ans. Blennorrhagie probable en 1890. Etant malade à Paris en 1891, on lui propose une opération.

En 1893, elle est traitée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans pour des accidents vénériens et syphilitiques ; on reconnaît la présence d'une salpingite formant une tumeur grosse comme un œuf, douloureuse et déterminant des poussées aiguës fébriles. Puis un intervalle de bonne santé relative fait ajourner l'opération de nouveau proposée.

En octobre 1893, elle est encore arrêtée par une nouvelle poussée inflammatoire aiguë et entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 30 du même mois.

A ce moment le ventre est tendu, dur, contracté par la souffrance. Le toucher vaginal est douloureux. La température est entre 38°6 et 39°6.

Une légère amélioration s'étant produite après un léger purgatif, on profite de cette circonstance pour donner le chloroforme (4 novembre), afin d'établir le diagnostic.

On trouve alors une tumeur remontant à mi-chemin du pubis

à l'ombilic, occupant toute l'excavation pelvienne, grosse comme les deux poings, à peu près immobile, presque médiane, mais portée plus à gauche qu'à droite, de consistance assez dure, sauf au milieu du cul-de-sac vaginal postérieur, où l'on trouve un point dépressible. L'utérus, refoulé en haut et en avant, est peu mobile. On porte le diagnostic de salpingite probablement double, ayant déterminé la formation d'une collection pelvienne purulente et nécessitant une intervention par la voie vaginale. Le procédé choisi est la large incision du cul-de-sac de Douglas.

Opération, le 9 novembre, avec les instruments, dont se sert M. Laroyenne. Le trocart, après avoir traversé une assez grande épaisseur de tissus, arrive dans une poche, d'où il s'écoule une grande quantité de sérosité louche, avec quelques débris fibrineux jaunâtres.

Le métrotome de Sims, introduit le long de la canelure du trocart, fait dans le cul-de-sac de Douglas une incision qui permet d'entrer deux doigts. On trouve dans l'intérieur une grande loge à droite et un diverticule à gauche. A gauche aussi les annexes sont indurées et bosselées. Il s'agit donc d'une péritonite enkystée, légèrement purulente, occasionnée par une salpingite du côté gauche. La poche entièrement évacuée est remplie de gaze iodoformée, ainsi que le vagin.

Dans la suite, on renouvelle le pansement tous les deux jours.

Pendant les trois premiers jours, la température oscille entre 36°5 et 37°5. A partir de ce moment, jusqu'au huitième jour, elle monte progressivement pour arriver à 40°.

La poche est cependant bien revenue sur elle-même ; mais au lieu de sérosité louche, comme au moment de l'opération, il s'est formé du pus, et l'ouverture s'est rétrécie. On introduit alors un gros drain dans la poche, recouvert d'un tampon vaginal en gaze iodoformée, et l'on fait tous les deux jours un lavage d'eau boriquée par le tube à drainer.

Pendant les deuxième et troisième semaines, la température baisse progressivement, pour arriver à 37° le matin et 38° le soir ; l'état général redevient très bon.

Après trois semaines, l'examen montre que la poche a disparu pour être remplacée par un simple trajet entretenu seulement par le tube à drainer. On retire celui-ci ; on supprime tout pansement et l'on fait seulement des injections vaginales boriquées. Les annexes du côté gauche restent grosses comme un œuf de poule, mais indolentes. Le reste de l'excavation pelvienne n'offre rien d'anormal.

Dans la suite, la température redevient normale.

En janvier 1894, c'est-à-dire deux mois après l'opération, la santé étant bonne et la guérison semblant complète, l'examen ne permet de trouver que quelques nodosités et un peu de manque de souplesse dans les annexes du côté gauche ; mais il n'y a aucune souffrance, ni spontanée, ni provoquée. La malade commence à travailler.

Les premières règles, venues du 22 au 26 janvier, sont douloureuses ; mais ensuite toute souffrance disparaît. La malade quitte l'Hôtel-Dieu le 1^{er} février 1894.

Revue le 22 juillet suivant, après avoir eu une fièvre typhoïde, la malade dit qu'elle n'est gênée du ventre que par intervalles éloignés et pendant quelques heures seulement. L'examen montre la persistance de la guérison avec le retour de la souplesse des parties malades, sauf à gauche, où l'ovaire semble doublé de volume, mais peu sensible.

Revue encore le 7 novembre 1895, c'est-à-dire deux ans après l'opération, elle n'a plus souffert du ventre et sa santé générale est assez bonne pour qu'elle ait engraisé de 16 kilos. L'examen montre les organes pelviens dans leur état tout à fait normal.

Réflexions. — Les détails de cette observation montrent qu'il est nécessaire de maintenir l'incision largement ou-

verte tant que la cavité secrète encore du pus capable de séjourner et de donner de la fièvre.

On voit, en outre, dans ce cas de salpingite unilatérale, que l'ablation de la trompe n'était pas nécessaire, puisque, après l'évacuation du liquide péritonitique, la maladie a régulièrement marché vers la résolution.

OBSERVATION IV.

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Hydrosalpinx double avec poussées de pelvi-péritonite aiguë. — Débridement vaginal. — Guérison.

Denn... Marie, 35 ans. Après sa seconde couche, en 1886, elle a eu plusieurs atteintes de pelvi-péritonite à forme grave. La dernière, au mois de mars 1893, la fait entrer à l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Jusqu'au mois de mai elle reste avec de la fièvre et une douleur abdominale assez vive, pour que le palper et le toucher ne puissent être pratiqués utilement.

A la fin de mai, l'état aigu est calmé, la fièvre a notablement diminué, l'appétit est revenu. Il reste dans la région pelvienne une douleur continuelle, variable d'intensité, mais qui permet maintenant de faire l'examen des organes pelviens. L'utérus est normal, peu mobile, porté à droite. Les culs-de-sac sont remplis par une masse bosselée, formée par quelques parties dures et d'autres molles, comme on le voit dans les salpingites.

Une incision exploratrice est faite, le 10 juin, avec un bistouri par le cul-de-sac vaginal postérieur, et l'on arrive sur

une portion kystique qui laisse écouler une grande cuillerée de sérosité.

Cette évacuation ayant donné un soulagement très notable, et la malade se croyant près de la guérison, l'opération définitive est différée.

Mais après quelques semaines, les douleurs reparaissent, et comme l'état des organes pelviens reste le même, l'opération est faite le 19 septembre. L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur est faite avec le bistouri. Puis le trocart est enfoncé à droite dans une première poche qui est ensuite incisée avec le métrotome de Sims. Comme il s'écoule seulement une petite quantité de liquide séreux, on recherche à gauche et l'on trouve une autre poche plus volumineuse, que l'on ponctionne et qu'on incise de la même manière, et qui laisse écouler 40 à 50 grammes de liquide séro-sanguin. Enfin, entre ces deux poches, on trouve un petit kyste gros comme une noisette, pédiculé, comme ceux qu'on voit souvent appendus aux trompes; il est attiré et extirpé. Il en est résulté une incision assez large pour laisser passer deux doigts, et à travers laquelle on voit l'intestin retenu par des adhérences. Les tumeurs se sont affaissées et les annexes sont trouvées alors mollasses et souples, les ovaires sont adhérents aux parois pelviennes. On applique dans l'incision un tampon de gaze iodoformée.

Pendant 10 jours, ce tampon est renouvelé tous les deux jours. Puis on se contente d'injections vaginales à l'eau boriquée. La température varie entre 37° et 38°. Après trois semaines toute trace de fièvre a disparu, la plaie vaginale est cicatrisée. La malade se lève au bout d'un mois et commence à travailler un peu au bout de six semaines.

A sa sortie, le 25 novembre, deux mois après l'opération, on ne trouve plus dans les annexes que les deux ovaires, le gauche plus gros que le droit, non sensibles spontanément, mais seulement au toucher.

Le malade est revue au mois de mars 1894. Elle a repris son travail, ressent seulement quelquefois un peu de fatigue, mais qui ne va jamais jusqu'à l'arrêter.

Les nouvelles reçues, au mois de novembre 1895, indiquent que la santé a continué à se fortifier en permettant tous les travaux les plus rudes de son état, sans en éprouver d'inconvénients.

Réflexions. — Dans ce fait on pourrait discuter le diagnostic. Mais il ne s'agissait pas de petits kystes ovariens, puisque les ovaires ont été trouvés normaux de chaque côté. On ne peut pas penser à une péritonite enkystée, puisque, le liquide évacué, l'intestin s'est immédiatement fait voir dans l'ouverture, retenu seulement par quelques adhérences. La sensation de diverses bosselures et l'affaissement des annexes après leur évacuation concorde mieux avec une dilatation sinueuse des trompes renfermant d'un côté un liquide simplement séreux et de l'autre une sérosité sanguinolente. En tout cas, l'incision a suffi pour amener la guérison, qui s'est maintenue.

OBSERVATION V

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Tumeur des annexes, accompagnée de pelvi-péritonite suppurée. — Large incision du cul-de-sac de Douglas.

Mlle L..., 20 ans, est prise au mois de septembre 1894 d'une affection inflammatoire du ventre qui reste aiguë pendant 15 jours et passe ensuite à l'état subaigu, avec douleur continue, variable d'intensité, nécessitant le séjour au lit pendant les mois d'octobre et de novembre. On constate à ce mo-

ment la présence d'une tumeur occupant le côté droit du bassin, se faisant sentir jusque vers la fosse iliaque droite, ayant le volume de poing. Dans les premiers jours de décembre l'état péritonitique reprend un caractère très aiguë, avec fièvre intense, douleur vive, dépression générale, vomissements, développement de liquide péritonitique enkysté autour de la tumeur. La faiblesse de la malade ne permettant pas de faire une opération, on se borne à pratiquer une ponction simple dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Il sort environ un demi-litre de pus épais et fétide.

Il s'ensuit pendant quelques jours une amélioration de l'état général. Mais le liquide se reproduit rapidement, la fièvre remonte, les vomissements reparaissent.

Dans ces conditions, l'opération qui semble devoir être le mieux supportée est l'incision du cul-de-sac de Douglas, que l'on pratique le 13 décembre par le procédé de Laroyenne. Il s'écoule un litre de pus plus séreux que la première fois, mais aussi fétide. A travers cette incision on peut facilement sentir la tumeur pelvienne, grosse comme le poing, remontée et fixée en haut vers l'hypogastre, et semblant implantée en bas sur le ligament large gauche. Comme il ne semble pas prudent de prolonger et de compliquer la présente intervention, en cherchant à détacher et à extraire cette tumeur, on se contente de drainer la cavité pelvienne et d'appliquer un tampon vaginal à la gaze iodoformée.

Dans la suite, on renouvelle le tampon vaginal tous les deux jours ; puis on fait, après quelque temps, des lavages de la cavité suppurante avec de l'eau boriquée.

L'état de la malade ne tarde pas à s'améliorer d'une manière très notable. La fièvre disparaît, l'appétit et les forces reviennent. Mais la suppuration dure longtemps.

C'est seulement en février de l'année suivante 1895, c'est-à-dire deux mois après, que la cavité purulente est assez rétrécie pour qu'on enlève le drainage.

A ce moment, il se produit un incident de courte durée. Pendant deux semaines environ, il s'établit une communication entre le trajet de suppuration et le rectum. Il s'en est suivi l'issue d'un peu de pus par le rectum, et d'un peu de matière par la plaie fécale vaginale.

Mais dans le mois de mars cette communication s'oblitére spontanément, et il ne reste plus qu'une fistulette vaginale de deux ou trois centimètres de trajet, donnant une très petite quantité de pus, et qui dure environ six mois. L'état général ayant continué à s'améliorer, la malade a repris toutes ses forces, ses occupations et voyage facilement.

Au mois de juin suivant, l'examen permet de constater la disparition de toute trace de péritonite. La tumeur pelvienne qui était grosse comme le poing, n'a plus que le volume d'un œuf de poule, située à droite du petit bassin, immobile et nullement douloureuse, pas plus au toucher que spontanément. La santé est complètement rétablie. Dans ces conditions, on ne juge nullement utile d'intervenir pour cette tumeur qui est en voie de régression et se trouve parfaitement tolérée.

Mlle L..., est revue en octobre 1893, dix mois après l'opération. Elle a engraisé de 20 kilos, se porte bien et a repris toute sa bonne santé d'autrefois.

Réflexions. -- Dans ce fait, l'incision du cul-de-sac de Douglas a suffi, non seulement pour guérir la pelvi-péritonite purulente, mais pour permettre la régression spontanée de la tumeur pelvienne qui n'était probablement qu'une salpingite, capable de se terminer par la résolution.

OBSERVATION VI

due à l'obligeance de M. PILATE.

(Inédite).

Suppuration pelvienne occasionnée par une salpingite ancienne. — Large incision.

Mme V..., 39 ans. En 1893, cette malade a subi un curettage utérin et une opération d'Emmet pour une métrite accompagnée d'un léger degré de salpingite.

Dans la première moitié de l'année 1894, elle est traitée à deux reprises dans un service de médecine pour une affection fébrile paraissant avoir été de la bronchite et de la pleurésie. Elle entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 5 août de la même année, se plaignant de souffrir dans le ventre seulement depuis une huitaine de jours. On sent, en effet, à l'hypogastre une tuméfaction arrondie, remontant surtout à gauche vers l'épine iliaque antérieure, très sensible au palper. Le toucher montre le petit bassin rempli par une masse dure, un peu bosselée, manifestement fluctuante en trois points. Il s'agit donc d'une collection purulente, soit salpingienne, soit péritonitique, et aiguë. La température est entre 38° et 38°5.

Le 7 août, on fait dans le cul-de-sac vaginal postérieur une incision de 3 centimètres avec le bistouri. Puis on ponctionne la poche avec le trocart de Laroyenne et on l'incise avec le métrotome. Le pus écoulé, le doigt introduit sent sur le côté gauche de la cavité des parties indurées et bosselées, comme dans les salpingites, et sur le côté droit des tissus mous épaissis. Une injection est faite avec un litre d'eau boriquée bouillie à

1/100, mais ce liquide ressort mal, et l'on remarque que la sonde a pénétré plus profondément que les dimensions de la poche n'auraient pu faire penser. Un tampon en gaze iodoformée est introduit à la fois dans la poche et dans le vagin.

Pendant les deux premiers jours, il y a quelques vomissements et des douleurs un peu généralisées dans le ventre, comme si l'état péritonitique pelvien s'était étendu dans la cavité abdominale, à la suite de l'injection qui a suivi l'opération.

On remplace alors le tampon par deux drains, entourés de gaze iodoformée dans le vagin seulement ; on ne fait pas de lavage dans la cavité suppurante.

Dès le troisième jour, l'état s'améliore, la douleur disparaît, la température redescend à 37° 5.

Le cinquième jour, apparaît un léger degré de parotidite à gauche qui dure seulement 3 jours.

Le neuvième jour, l'état général et l'état local paraissant bons, on retire les tubes à drainer, ainsi que le tampon vaginal, ce dernier ayant été renouvelé tous les jours jusqu'ici.

Mais du dixième au vingtième jour bien que la souffrance du ventre n'ait pas reparu, l'état général devient moins bon, l'appétit diminue il survient quelques vomissements, la température remonte à 38° et 39° le soir.

Le 26 août, l'examen montre que la cicatrisation de la plaie s'est faite, mais que le pus s'est reproduit et forme une nouvelle collection grosse comme une mandarine.

Le lendemain, 27 août, on fait de nouveau la ponction et l'incision de cette poche par le procédé de Laroyenne, en donnant à l'ouverture une plus grande dimension que la première fois. On ne fait pas de lavages de la poche et l'on place deux gros tubes à drainer, recouverts seulement dans le vagin d'un léger tampon vaginal à la gaze iodoformée.

Dans la suite, on renouvelle tous les deux jours le tampon vaginal et l'on fait une injection boriquée vaginale seulement.

A partir de cette seconde intervention, l'état général et l'état local s'améliorent définitivement ; la température redescend à 37°. Mais on laisse le drainage beaucoup plus longtemps que la première fois, car l'un des drains est retiré seulement après 3 semaines et le second sort de lui-même au bout de 4 semaines.

Le 15 octobre, c'est-à-dire 6 semaines après la seconde intervention, l'examen montre que les annexes sont redevenues souples et à peine sensibles au toucher.

La lésion pelvienne est donc guérie. Quant à l'état général, comme il a été affaibli par plusieurs maladies depuis un an, il n'est pas encore assez amélioré pour que la malade puisse reprendre ses occupations. Elle sort de l'Hôtel-Dieu le 4 novembre, débarrassée de l'affection du petit bassin. Il lui reste de l'endolorissement dans les régions épigastrique et hépatique, ainsi que des transpirations faciles, mais cet ensemble paraît se rapporter plutôt à son état de santé antérieur qu'à l'accident aigu qui vient de se terminer.

Réflexions. Il faut remarquer, dans cette observation, que le tampon vaginal a été retiré trop tôt, le neuvième jour. Aussi la plaie vaginale s'est-elle cicatrisée avant le retrait complet de la poche purulente. La collection s'est aussi reproduite, et il a fallu ouvrir une seconde fois. Il est donc très important de s'opposer à la cicatrisation trop rapide de l'incision.

Une autre remarque est que l'injection faite dans la poche au moment de l'opération a dû rompre les adhérences qui séparaient cette poche du reste de la cavité abdominale. En effet, pendant deux jours il y eut quelques symptômes de péritonite généralisée, et les jours suivants il se montra un léger degré de parotidite, comme dans les états infectieux généralisés. Si ces phénomènes ont été de courte durée, ils montrent qu'on ne doit faire de grand lavage dans la poche suppurée que quand il n'y a pas de risque de répandre une partie de son contenu dans le reste du ventre.

OBSERVATION VII

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Péritonite enkystée liée à la tuberculose des organes génitaux. — Large incision du cul-de-sac de Douglas

J... Louise, 20 ans, se trouve gênée depuis 6 à 8 mois dans le ventre, et n'a cessé ses occupations que quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 22 novembre 1894. Elle n'a pas vu ses règles depuis 6 mois.

La douleur est continue, ordinairement peu intense, mais augmentant par moments. La température ne dépasse pas 38°. Le ventre est très sensible au palper et se contracte assez pour empêcher toute exploration de ce côté. Au toucher on trouve une tuméfaction de consistance élastique, remplissant la cavité pelvienne, portée cependant plus à gauche qu'à droite, sans bosselures, sans mobilité. Il semble qu'il s'agit d'une péritonite enkystée, occasionnée par une salpingite.

Le 1^{er} décembre on fait la ponction et l'incision du cul-de-sac de Douglas par le procédé de Laroyenne. Il sort environ un quart de litre de pus crémeux. Par l'incision, assez large pour laisser passer deux doigts, on arrive dans une grande cavité, dont on ne peut atteindre la paroi supérieure. Sur les côtés, on trouve les trompes et les ovaires un peu augmentés de volume, indurés, bosselés, à surface rugueuse, comme recouverts d'un exsudat fibrineux, rappelant ce que l'on trouve dans la tuberculose des organes génitaux. On place deux gros drains dans la cavité et l'on applique un tampon vaginal à la gaze iodoformée

Tous les deux jours on fait par les drains un lavage dans la poche suppurante avec de l'eau boriquée. Mais comme la température monte entre 38° et 39°, on fait ensuite un lavage quotidien de la poche avec de l'eau phéniquée à 25 0/00. A partir de ce moment la température redevient normale et l'état général est bon ; mais la suppuration reste encore assez abondante pendant un mois.

En janvier 1895, la suppuration diminue et l'on remplace les lavages phéniqués par des injections de 4 centimètres cubes d'huile de vaseline iodoformée dans la cavité suppurante qui diminue de dimensions.

Le 1^{er} février on supprime tout drainage et l'on fait seulement des injections vaginales à la solution de sublimé à 1/2000. La plaie se cicatrise peu de temps après, le toucher ne permet plus de constater que les annexes légèrement augmentées de volume et indurées.

Il n'y a pas de souffrances dans le petit bassin. Localement on peut considérer que la suppuration pelvienne est guérie.

Mais la malade ne reprend pas ses forces, son appétit diminue, elle commence bientôt à tousser, et l'on entend quelques râles sibilants aux sommets des poumons.

C'est dans cet état qu'elle sort de l'Hôtel-Dieu pour retourner chez elle le 6 mars. Peu de temps après, des symptômes de méningite surviennent et elle succombe rapidement.

Réflexions. — Ici l'opération n'a pas empêché l'évolution de la tuberculose qui s'est rapidement généralisée. Il ne faut donc voir que le résultat obtenu sur la collection pelvienne. Celle-ci a mis deux mois et demi à se tarir après l'incision ; mais sa disparition a été complète, malgré les mauvaises conditions générales où se trouvait la malade, et le mauvais état local des annexes qui sont restées le siège de tubercules. La poussée pelvienne a donc été enrayée par le fait de l'intervention.

OBSERVATION VIII

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Suppuration pelvienne accompagnant un petit fibrome utérin, et s'étant fait jour dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — Incision. — Guérison rapide.

Vve M..., 40 ans, atteinte d'un petit fibrome utérin, hémorrhagique, pour lequel elle a été traitée par l'électrisation. Dans le cours de ce traitement, elle est prise de douleurs, très vives, dans le ventre et de symptômes de pelvi-péritonite aiguë, qui la font entrer à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, au mois de juin 1894.

A ce moment, on trouve derrière l'utérus, qui est gros comme le poing, une tumeur fluctuante qui remplit le cul-de-sac de Douglas et une assez grande partie de l'excavation pelvienne. Au spéculum on aperçoit dans le cul-de-sac vaginal postérieur un petit orifice fistuleux qui laisse écouler une petite quantité de pus venant de la cavité suppurante.

Le 23 juin, on introduit par le trajet fistuleux le métrotome de Sims, qui fait une large incision de poche. On applique dans celle-ci et dans le vagin un tampon de gaze iodoformée, qui est ensuite renouvelé tous les deux jours.

Au bout de 10 jours, la suppuration étant presque nulle, on supprime tout tamponnement, et l'on fait seulement des injections vaginales.

La malade sort guérie le 26 juillet, ne portant plus que son fibrome indolent et n'occasionnant plus d'hémorrhagies. Il n'y a plus trace d'inflammation péri-utérine.

La malade est revue au mois de septembre suivant; l'état de guérison s'est maintenu.

Réflexions. — On voit là un cas très net de suppuration pelvienne rapidement guérie par l'incision du cul-de-sac vaginal, absolument comme le serait un abcès largement ouvert. Cette collection s'était déjà fait jour, il est vrai, dans le vagin, mais d'une manière insuffisante, par un orifice très étroit, qui n'assurait pas l'écoulement du pus. Dès que l'incision a été faite, la guérison a été assurée.

OBSERVATIONS IX

due à l'obligeance de M. PILATE.

(Inédite)

Hématocèle rétro-utérine, entrant en suppuration. — Incision. — Guérison rapide.

Mme P... 22 ans, sans enfants. Au mois de juillet 1894, les règles, venues d'abord normalement, se prolongent outre mesure et se transforment en écoulement sanguin peu abondant qui ne cesse plus. Elle a plusieurs alternatives de souffrances qui s'arrêtent à chaque fois une dizaine de jours. Enfin la fièvre se montre et la malade entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 30 août.

A ce moment, l'apparence générale est assez bonne. Il y a une souffrance continuelle, mais peu intense dans le bas du ventre. Mais l'appétit manque, il y a deux fois des vomissements, et la température est de 37°5 à 38°5.

L'examen montre dans le petit bassin une tumeur remplissant toute l'excavation et remontant jusqu'auprès de l'ombilic,

immobile, dure, mais donnant une sensation d'élasticité et présentant un point très dépressible dans le cul-de-sac vaginal postérieur. L'utérus est un peu abaissé et appliqué contre le pubis. Cet ensemble fait penser à une hématocele rétro-utérine.

Le 4 septembre, on fait la ponction et l'incision de cette poche par le procédé de Laroyenne. Il sort une grande quantité de sang noir et poisseux, mêlé de pus, et très fétide. Les limites de la cavité paraissent très nettes, on fait un grand lavage à l'eau boriquée pour enlever toute chance d'infection. Ce lavage ramène peu de caillots, mais des débris fibrineux jaunâtres, en voie de suppuration. On place deux gros drains dans la poche et un tampon vaginal.

À partir de l'opération, la température redescend à 37°, et même 36° 5, toute souffrance cesse, l'état général se remonte rapidement.

Tous les deux jours on fait par les drains un lavage de la poche avec de l'eau boriquée. Après deux semaines l'un des drains est supprimé ; le second est enlevé au bout de 4 semaines.

La malade sort tout à fait guérie le 6 octobre. L'examen montre que l'excavation pelvienne est absolument normale, l'utérus libre, les annexes souples et indolentes.

Réflexions. — On voit dans ce fait l'innocuité de l'incision par le vagin. La poche hématique était déjà suppurée, son contenu était fétide et par conséquent infectieux. Dans ces conditions une laparotomie était loin d'offrir la même sécurité que l'incision vaginale.

OBSERVATION X

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

Hématocèle rétro-utérine, opérée par l'incision du cul-de-sac de Douglas. — Récidive et seconde opération un an et demi après.

Fme Br... 27 ans, ayant eu un seul enfant à 20 ans. Bonne santé habituelle.

Au moins d'août 1893, elle éprouve un retard de deux semaines dans ses règles et sent des douleurs vives dans le ventre, ce qui la fait entrer à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le 27 du même mois.

A ce moment, les règles retardées viennent sous forme de perte modérée, mais qui se prolonge plus longtemps que de coutume, cesse et reprend ensuite dans le milieu du mois suivant, constituant une métrorrhagie irrégulière.

La fièvre est modérée ; les douleurs dans le bas-ventre sont moindres qu'au début. L'examen montre la présence d'une tumeur occupant le côté gauche du petit bassin, dépassant peu la ligne médiane, remontant vers la fosse iliaque gauche, où elle forme plastron, donnant dans le vagin la sensation d'une poche tendue. L'utérus est refoulé à droite. Bien que la tumeur soit plus portée d'un côté que de l'autre, les circonstances de sa formation font penser à une hématocèle.

Le 18 septembre, l'état de la malade étant un peu amélioré, on fait la ponction et l'incision du cul-de-sac de Douglas par le procédé de Laroyenne ; il sort une grande quantité de sang et

de caillots. La cavité est largement lavée à l'eau boricuée et remplie par un gros tampon de gaze iodoformée, dont une partie est contenue aussi dans le vagin.

Le tampon est renouvelé tous les jours, à cause de l'écoulement séro-sanguin, qui est assez abondant.

La fièvre et les douleurs, qui avaient d'abord disparu, se montrent de nouveau assez vivement au bout de 7 jours. On remarque que l'incision, déjà peu large au moment de l'opération, laissant passer à peine deux doigts, s'est considérablement rétrécie, malgré le tampon; et l'on pense qu'il peut y avoir rétention de liquide pathologique dans la poche.

On agrandit alors l'incision avec un bistouri boutonné. A partir de ce moment, la fièvre et les douleurs disparaissent pour ne plus revenir.

Deux semaines après l'opération le plastron hypogastrique n'est plus senti; et après trois semaines la suppuration a presque totalement cessé.

La malade reste encore dans le service pour être traitée d'un léger degré d'endométrite. Elle sort le 19 novembre, entièrement guérie. L'examen montre le petit bassin tout à fait souple, l'utérus libre, les annexes indolentes. On constate seulement un bourrelet transversal, gros comme un crayon, passant en arrière de l'utérus, mais complètement insensible.

L'état général et l'état local restent très bons, et la femme Br. reprend toutes ses occupations.

Vers le mois de juin 1894, elle éprouve quelques douleurs dans le ventre, d'abord passagères. Dans la fin de la même année la gêne devient persistante, sans cependant interrompre ses occupations. Mais au mois de février 1895 elle souffre assez vivement pour rentrer à l'Hôtel-Dieu. A ce moment, elle n'a aucune fièvre, et l'on remarque que les douleurs se présentent sous formes de crises, comme s'il s'agissait de coliques ovariennes ou salpingiennes. Il y a un peu d'écoulement sanguinolent.

L'examen montre une poche, bombant dans le vagin, située cette fois dans le côté droit, derrière l'utérus, grosse comme le poing.

Le 21 février on fait la ponction et l'incision de la tumeur par le procédé de Laroyenne, et l'on trouve cette fois deux loges distinctes qui sont ouvertes successivement et laissent écouler toutes deux du sang et quelques caillots. L'incision laissant passer facilement deux doigts, on y place deux gros drains, recouverts d'un tampon vaginal à la gaze iodoformée. Il est fait ensuite par les drains des lavages quotidiens avec de l'eau phéniquée à 25 0/00. Malgré cette précaution, malgré le double drainage et la large incision, il survient encore, comme après la première opération, mais seulement au bout de deux semaines, un état fébrile et des souffrances. On fait alors un très grand lavage de la poche avec trois litres d'eau phéniquée à 25 0/00, ce qui fait sortir plusieurs débris de caillots restés et légèrement putréfiés.

A partir de ce moment, les choses se passent simplement ; les drains sont retirés le 20 mars et la guérison est complète peu de jours après.

Lorsque la malade quitte l'Hôtel-Dieu le 5 avril, on trouve que les organes pelviens sont absolument indolents ; le côté gauche, siège de la première tumeur est très souple ; le côté droit, siège de la seconde tumeur, reste un peu plus volumineux que de coutume, mais sans aucune sensibilité. L'état général est très bon.

Au mois de novembre suivant, c'est-à-dire 7 mois après la seconde opération, la santé est demeurée très bonne.

La malade est revue le 14 janvier 1896, 10 mois après la seconde opération. Elle n'a aucune douleur, vaque à ses occupations. Au toucher, les culs-de-sac sont libres ; les organes du petit bassin sont tout à fait normaux, souples, nullement douloureux ; l'ovaire gauche est mobile, de dimensions normales.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à cause de la récurrence de l'hématocèle environ 18 mois après la première. Il est à remarquer aussi que la première collection siégeait du côté gauche, tandis que la seconde occupait le côté droit. La guérison a paru complète après la première opération, comme elle paraît l'être après la seconde. Cette répétition pourrait faire craindre d'autres rechutes, et l'on peut émettre l'avis que si l'on avait enlevé les annexes la première fois, la malade aurait été de suite à l'abri des récurrences. Sans doute ; mais rien ne fait présager une troisième atteinte ; et alors il serait encore temps de faire cette ablation. Dans le cas, où il ne surviendrait plus aucune rechute, la malade aurait bénéficié de cette opération simple, en gardant ses organes intacts.

Un second point à noter, c'est que la première incision était trop étroite ; aussi fallut-il l'agrandir pour donner une issue suffisante aux liquides sécrétés. Quant à la seconde opération, elle a été défectueuse en ce sens que tous les caillots n'avaient pas été enlevés tout d'abord, et ceux qui restaient, venant à subir la décomposition putride, ont ramené la fièvre et ont dû être évacués par un grand lavage.

Il est donc très important d'appliquer tous ses soins à évacuer d'emblée tout le contenu de la poche, sang liquide et caillots, ce qu'on peut faire par l'écouvillonnage avec des éponges ou des tampons, ou même avec la curette prudemment maniée. De grands lavages peuvent être faits, quand on est sûr que les parois de la poche ne risquent pas de se rompre et de laisser passer le liquide dans le péritoine.

OBSERVATIONS XI

due à l'obligeance de M. PILATE.

(Incise)

Kyste dermoïde suppuré, accompagné de péritonite enkys-
tée suppurée. — Incision faite. — État général grave.
— Débridement vaginal. — Mort après 3 jours.

F. G..., 35 ans, 6 enfants. La dernière couche, il y a 8 mois, a été pénible, s'est terminée par la version et a été suivie d'un état maladif qui l'a forcée à rester au lit plusieurs semaines. Elle a toujours souffert du ventre depuis ce moment et s'est de nouveau mise au lit depuis trois semaines.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 12 novembre 1894, elle est pâle, maigre, affaiblie, souffre modérément, se plaint surtout de faiblesse générale, mange à peine. Le pouls est faible, il n'y a pas de température élevée. Le ventre, quoique un peu ballonné, laisse sentir derrière les intestins une tuméfaction profonde donnant une sensation de fluctuation vague. Au toucher on trouve le bassin rempli par une masse élastique avec transmission de la sensation de fluctuation de l'hypogastre ou cul-de-sac vaginal postérieur. L'utérus est refoulé à droite et derrière le pubis.

Le diagnostic porté est celui de péritonite enkystée suppurée, autour d'annexes malades, et ayant déterminé une infection générale lente.

Malgré le mauvais état de la malade, l'opération est tentée, comme dernière chance de salut.

Le 17 novembre, on fait la ponction et l'incision du cul-de-

sac de Douglas par le procédé de Laroyenne. D'une première poche il sort une quantité de pus infecté, entraînant quelques cheveux. Puis on trouve une seconde cavité, située plus haut, qu'on incise également et d'où il sort du pus très fétide, mêlé de sang. Cette seconde cavité est si vaste qu'on n'en atteint pas les limites en haut, tandis que sur les côtés on trouve directement les parois pelviennes, comme dans une péritonite enkystée. Un gros tube est placé dans la partie péritonitique, et un tamponde gaze iodoformée emplit le kyste dermoïde ainsi que le vagin.

Après l'opération la malade se réchauffe lentement, malgré les injections sous-cutanées d'éther et de caféine. Dans la journée elle reste déprimée. La nuit suivante elle souffre du ventre et vomit. Le lendemain, le refroidissement des extrémités commence, et elle meurt après 3 jours accomplis.

A l'autopsie, on trouve un kyste dermoïde pileux occupant tout le petit bassin et surmonté d'une poche de péritonite enkystée, recouverte et entourée elle-même par les intestins adhérents. Le foie a subi la dégénérescence graisseuse. Le cœur est mou et un peu graisseux.

Réflexions. — Dans l'état grave, où se trouvait cette malade, l'évacuation du pus par l'incision du vagin était indiquée et constituait l'opération la moins dangereuse. La mort est donc imputable à l'état d'infection lente antérieure à l'opération, plutôt qu'à l'intervention elle-même.

OBSERVATION XII

due à l'obligeance de M. PILATE

(Inédite)

*Hématocèle retro-utérine avec salpingite suppurée. —
Incision vaginale des deux collections.*

Femme S..., 30 ans. Un accouchement il y a 10 ans. Vers le 10 juin 1895, règles douloureuses, en caillots, durant 8 jours ; après un arrêt de quelques jours, elles reviennent, accompagnées de douleurs très vives dans le bas ventre qui forcent la malade de s'aliter. Le repos au lit ayant calmé ces douleurs, la malade reprend ses occupations. Mais des nouvelles crises, très fortes, surviennent et la malade entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 28 juillet 1895.

On trouve une tumeur en plastron, remontant à deux travers de doigts au-dessus du pubis, mais faisant une saillie plus marquée dans la fosse iliaque gauche que du côté droit. Le toucher montre l'utérus un peu gros, porté en avant et à droite, peu mobile ; et l'excavation pelvienne occupée par une tumeur élastique, avec des inégalités solides, faisant une saillie modérée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, plus volumineuse à gauche qu'à droite.

Après une dizaine de jours, la souffrance a disparu, la tumeur a diminué de volume, la fièvre est tombée. Puis les règles apparaissent normalement pendant 3 jours. La malade se sent alors assez bien pour se lever pendant une semaine. Mais les douleurs reviennent, quelquefois assez aiguës, durant plusieurs heures, amenant parfois des vomissements. En même

temps la tumeur augmente de volume, la température ne s'élève cependant pas plus haut que 37° 4 à 37° 6.

En présence de ces alternatives on décide d'établir le diagnostic au moyen d'une ponction exploratrice qui est faite le 31 août par le cul-de-sac vaginal postérieur. Il sort un peu de sang très noir et quelques caillots qui obstruent promptement la canule. La tumeur est donc une hématocele rétro-utérine.

Le 5 septembre, l'incision du cul-de-sac postérieur est faite par le procédé de Laroyenne, assez large pour passer trois doigts. Il sort une grande quantité de sang noir, mais surtout des caillots, les uns mous et récents, les autres fermes, fibrineux, grisâtres, de plus ancienne date. L'évacuation de ces caillots est faite avec les doigts et avec des tampons d'ouate, montés sur des pinces. Il n'est pas fait d'injection dans la poche ; on y place deux drains, maintenus par un tampon vaginal à la gaze iodoformée.

Il n'y a aucune réaction. Le soulagement est immédiat ; le plastron hypogastrique disparaît.

Pendant la première semaine on renouvelle seulement le tampon vaginal tous les 2 jours.

La deuxième semaine, on fait par les tubes à drainer des lavages boriqués qui font sortir quelques caillots anciens.

Dans la troisième semaine, la suppuration s'établit dans la poche, et il sort un très gros fragment d'ancien caillot fibrineux ; les lavages boriqués sont continués, ainsi que l'application du tampon vaginal iodoformé.

Les quatrième et cinquième semaines, la suppuration diminue et la poche se rétrécit progressivement. On finit par supprimer le drainage et l'on fait seulement des injections vaginales.

Pendant la sixième semaine, la cavité de l'hématocele ayant disparu pour être remplacée par un simple trajet étroit et court, il survient de nouveau un peu de sensibilité dans la région pelvienne et la température monte à 38° 5. Un nouvel examen

montre la présence d'une autre collection liquide, du volume d'un petit œuf de poule, siégeant dans les annexes du côté droit.

Le 12 octobre on fait l'ouverture de cette seconde poche, sans tenir compte de la place de l'ancienne incision, en s'attaquant directement avec les instruments de Laroyenne, comme pour la première opération. On évacue ainsi la nouvelle poche, remplie cette fois d'un pus en partie crémeux, en partie grumeleux. Le doigt introduit dans son intérieur sent toute la face interne de la paroi bien limitée, résistante, tomenteuse et un peu inégale, comme on l'observe dans les pyosalpinx. L'ovaire est senti derrière cette paroi, arrondi, résistant, accolé à la paroi pelvienne. La poche est lavée, puis drainée avec deux gros tubes, maintenus par un tampon vaginal à la gaze iodoformée.

Tous les 2 jours on fait le lavage par les drains et l'on remplace le tampon vaginal. La température redescend à 37°.

Après 3 semaines, la suppuration de cette seconde poche est entièrement tarie, le drainage est enlevé.

Le 10 novembre on ne sent plus aucune trace des deux collections, ni par l'hypogastre, ni par le vagin ; les annexes sont redevenues souples, l'utérus est mobile. Il n'y a plus aucune souffrance, ni spontanée, ni provoquée par l'examen.

Revue le 31 décembre. La guérison se maintient. Mme S. ne souffre pas, vaque à ses occupations. Au toucher, les culs-de-sac sont libres, rien dans les annexes ; on sent une cicatrice à la place de l'incision.

Réflexions. La première remarque qui ressort de cette observation, c'est la coexistence d'une hématocele avec un pyosalpinx. Il serait difficile d'établir sûrement, si les deux collections étaient originairement différentes dans leur nature, ou bien si, hémorrhagiques toutes deux, la petite poche restante aurait suppuré secondairement à cause du voisinage de la sup-

puration qui s'est établie dans la grande poche d'hématocèle ouverte par l'opération. Mais l'ouverture successive des deux collections montre assez nettement dans la grande poche les caractères d'une hématocèle rétro-utérine, et dans l'autre ceux du pyosalpinx. De plus, le médecin qui a traité la malade avant son entrée à l'Hôtel-Dieu avait déjà constaté une salpingite 3 ans auparavant et décrit l'invasion de la maladie actuelle, comme on l'observe avec les inflammations suppuratives, fièvre, abattement, état saburral de la bouche, tout un ensemble plus grave qu'on ne le constate dans les hématocèles. On peut donc penser avec une certaine raison que la salpingite suppurée a été l'affection du début et que l'hématocèle s'est produite ensuite.

Mais comment cette collection purulente a-t-elle échappé à l'examen au moment de la première opération ?

Sans doute qu'elle aura été refoulée en haut et à droite par le développement de l'hématocèle, et qu'elle est redescendue au fur et à mesure que la poche hématique se sera vidée de tous ses caillots restants et que son volume se sera progressivement réduit. C'est alors seulement qu'on a pu la sentir par le vagin.

Cette observation montre encore deux choses. La nécessité d'ouvrir toutes les loges d'une collection pelvienne, ou toutes les poches distinctes, et de préférence dans une seule opération, si on peut les atteindre à ce moment. En outre, le grand intérêt qu'il y a à retirer d'une poche hématique tous les caillots qu'elle contient, afin de ne point retarder la guérison et d'éviter une longue suppuration.

OBSERVATION XIII

due à l'obligeance de M. HALMAGRAND

(Inédite)

Suppuration pelvienne post-puerpérale. — Incision. — Guérison.

Mme D..., âgée de 22 ans, accouchée à terme le 14 mars 1891. Elle avait été pendant sa grossesse contaminée par son mari atteint de blennorrhagie chronique.

Dix jours après l'accouchement, elle est prise le soir d'un violent frisson, de vomissements et de douleurs vives dans le ventre. Le lendemain matin la température est à 39°. L'exploration fait reconnaître dans le cul-de-sac postérieur un empâtement diffus immobilisant presque complètement l'utérus.

Cet état se prolonge pendant 5 jours au bout desquels on perçoit une fluctuation dans le cul-de-sac de Douglas. On fait une large incision au bistouri ; il s'écoule un verre et demi de pus fétide. La cavité est drainée avec deux gros drains accolés, et le pansement est terminé par un tamponnement vaginal avec la gaze iodoformée. Le lendemain et les jours suivants il est fait un lavage de la cavité avec la solution phéniquée à 2 0/0, remplacée ensuite au bout de 8 jours par la solution de chlorure de zinc à 1/50.

La température tomba dès l'ouverture de la poche, pour ne jamais atteindre 38° jusqu'à la guérison survenue au bout de 6 semaines, sans laisser de fistule.

Trois semaines après la guérison, Mme D... fut atteinte d'une arthrite du genou gauche, qui évolua d'une façon assez aiguë pour faire craindre la transformation purulente de l'épanche-

ment Cette arthrite guérit cependant sans autre complication qu'une très légère ankylose de l'articulation.

Mme D..., revue au commencement de 1896, est absolument guérie, sauf la raideur de l'articulation du genou.

Le cul-de-sac postérieur a repris toute sa souplesse et l'utérus sa mobilité, quoique étant en légère rétroversion.

Réflexions. — Dans cette observation on voit la guérison persister au bout de 5 ans. L'arthrite du genou qui s'est terminée par une légère raideur articulaire, était évidemment d'origine blennorrhagique.

OBSERVATION XIV

due à l'obligeance de M. HALMA GRAND

(Inédite)

Hématocèle suppurée. — Incision vaginale. — Guérison.

Mlle B..., âgée de 14 ans 1/2, réglée à 12 ans, fait, en Octobre 1894, une chute maladroite qui provoque une légère syncope.

Revenue à elle, cette jeune fille se plaint du ventre et de la hanche droite et remarque que ses règles, commencées depuis 2 jours, sont arrêtées. Elle se met au lit et le médecin constate une contusion de la hanche avec ecchymose et ordonne le repos absolu.

Cet état se prolonge pendant quelque temps sans amélioration. Au bout de 3 semaines, la malade essaie de se lever, mais la douleur la fait boiter et l'oblige à reprendre le lit qu'elle garde quelque temps encore.

L'état restant stationnaire, un second médecin, appelé en

consultation, craignant le début d'une coxalgie, ordonne le repos complet prolongé au lit. Lassée de ne constater aucun changement, M^{me} B. emmène sa fille à Paris, où un chirurgien porte le diagnostic de pseudo-coxalgie de cause nerveuse. Le traitement qu'il conseille est suivi pendant un mois. Enfin, la malade toujours aussi souffrante, part au mois de février trouver le curé de Sens qui lui impose ses manœuvres habituelles. Elle revient de Sens, après un séjour d'une huitaine, très améliorée, prétend sa mère, mais, en vérité, souffrant toujours, disent les personnes de son entourage, et continuant à boiter. Elle passe ainsi les mois de mars, d'avril, de mai et le commencement de juin avec des alternatives de souffrances et de calme, mais toujours boitant, obligée de reprendre de temps en temps le lit, et sans avoir revu ses règles depuis l'accident.

Le 20 juin 1895, la malade a un assez violent frisson, des vomissements. M. HalmarGand, appelé en consultation, ne remarque dans la hanche rien qui puisse se rapporter à une coxalgie : mouvements libres et à peine douloureux, pas de déformation, ni d'empâtement de la région. Le ventre est retractoré, très douloureux à la pression ; la douleur que cause cette exploration empêche de la pousser plus loin. Pendant 3 jours les vomissements persistent, on note de la constipation, des douleurs et une élévation de température variant entre 38° et 39° 2.

Enfin, le 26 juin, l'examen par le rectum, l'orifice vulvaire ne laissant pas pénétrer le doigt, permet de constater en avant un empâtement étendu, très douloureux au toucher.

Le lendemain cet empâtement avait encore augmenté et le soir il s'écoulait par le rectum une véritable débâcle de pus mêlé de sang. Pendant 2 jours, les vomissements disparaissent, et la température s'abaisse assez notablement ne dépassant pas 38° 2 ; mais le 29 la température remonte à 39° 4, les vomissements se reproduisent, un violent frisson secoue

la malade durant 2 heures, enfin l'écoulement purulent par le rectum se tarit. La malade souffre beaucoup du ventre, le nez est pincé et les traits grippés.

Dans ces conditions, M. Halmagrand, assisté de M. Pilate, fait la ponction et l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal par le procédé de Laroyenne. La vulve dilatée laisse à peine passer le trocart et le métrotome. On pénètre dans une cavité assez étendue contenant surtout du sang et un peu de pus. On introduit dans cette cavité 2 drains par lesquels on fait les jours suivants des lavages phéniqués à 2 0/0, puis au chorure de zinc à 1/50. Le lendemain le pansement était rempli de pus, la température était abaissée à 37°8, la nuit s'était bien passée avec quelques vomissements qui ne se reproduisirent pas ensuite. Dès le lendemain, tous les symptômes graves avaient disparu. Les drains, rejetés peu à peu par la cicatrisation de la poche, étaient retirés définitivement le 19 juillet et le 29 la cicatrisation étant terminée depuis quelques jours, la malade pouvait faire une courte promenade en voiture.

Le 10 août, Mlle B... ne souffrait plus du ventre, ni de la hanche et ne boitait plus.

Revue au mois de mars 1896, Mlle B... jouit d'une santé parfaite : ses règles ont reparu depuis le mois de septembre dernier avec régularité, sans douleur, d'une façon absolument normale.

Réflexions. — Cette observation est intéressante au point de vue des diagnostics erronés, faits par différents médecins.

Un autre point qui mérite d'attirer l'attention, c'est la fistule rectale, produite spontanément, et guérie tout à fait par l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal.

OBSERVATION XV

due à l'obligeance de M. CŒUR, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

(Inédite)

Suppuration pelvienne. — Incision vaginale. — Guérison.

Mme C... 21 ans. Accouchement il y a 4 ans ; depuis, quelques douleurs dans le ventre et leucorrhée.

En Avril 1892, pendant ses règles, la malade est prise de douleurs violentes, de vomissements, d'un état syncopal, de fièvre avec frissons. Durant 15 jours, état grave, puis il survient une amélioration progressive par le séjour au lit pendant 2 mois 1/2.

Au début, on sentait par le toucher une tumeur douloureuse dure, rénitente par endroits, remplissant tout le cul-de-sac postérieur et remontant sur les deux côtés de l'utérus. Cette tumeur a diminué peu à peu, et lorsque le malade s'est levée, il restait encore en arrière une tumeur du volume d'un œuf, peu douloureuse spontanément, mais douloureuse au toucher.

Depuis cette époque, Mme C... vaquait à ses affaires d'intérieur, mais souffrait toujours un peu.

Le 1 septembre 1893, elle est reprise de douleurs violentes dans le ventre, surtout du côté du rectum, et de fièvre. La température reste voisine de 39° pendant une huitaine de jours. Etat général déprimé ; facies péritonitique. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur très douloureuse, arrondie, tendue, et présentant un point fluctuant à droite. Le cul-de-sac latéral gauche est également envahi. La tumeur ne fait pas saillie du côté du ventre ; au contraire, forte saillie dans le rectum qui est presque obstrué.

Le 17 septembre, l'état ne s'améliorant pas, on fait la ponction et l'incision par le procédé de Laroyenne. Le trocart est introduit au niveau du point fluctuant; il s'écoule du sang (un verre à liqueur), mais pas de pus. L'incision large du cul-de-sac postérieur vaginal permet au doigt de sentir une petite saillie rénitente qui, ouverte, ne laisse encore s'écouler qu'un peu de sang. Pendant l'exploration, une main pressant sur le ventre, on constate qu'il s'écoule du pus par l'anus, en assez grande quantité. Le doigt poussé plus avant, déchire des adhérences et pénètre alors dans la cavité de l'abcès qui est situé en arrière de l'utérus et des annexes malades. L'ouverture est agrandie et une injection boriquée ramène des grumeaux et des débris de membranes. On introduit dans l'abcès et dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Dès le lendemain, la fièvre est tombée, les douleurs ont entièrement disparu, et les suites ont été très simples.

Pendant les pansements des 8 premiers jours, il s'écoulait du pus et quelques grumeaux; après 15 jours on fait seulement des injections vaginales; la suppuration se tarit petit à petit et l'ouverture se ferme.

A partir de janvier 1894, l'état est très bon, l'appétit excellent, pas de douleurs. Au toucher on sent encore dans le cul-de-sac postérieur un empâtement, non douloureux, qui empêche la mobilité complète de l'utérus.

La malade est revue en janvier 1896. Sa santé est bonne depuis l'opération. Ses règles sont quelquefois un peu douloureuses, mais elle n'a plus ressenti de vraies douleurs de ventre. Elle s'occupe de son ménage sans fatigue. Au toucher, on retrouve toujours un peu d'empâtement autour du cul-de-sac postérieur, et l'utérus n'est pas complètement libre; mais l'examen est à peine douloureux. La malade se dit très contente.

Réflexions. — Il est à remarquer dans cette observation

qu'il s'est formé une fistule rectale ; mais cette fistule a guéri spontanément par l'incision vaginale, ne laissant aucune trace.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Salpingite suppurée avec péritonite enkystée. — Incision vaginale. — Guérison.

Mme R. L... 43 ans, nullipare. Souffrait toujours du ventre dès ses premières règles ; elle était souvent obligée de s'aliter pendant quelques heures ou une journée tout entière. Depuis 2 ans, les règles viennent irrégulièrement et manquent souvent pendant 2-3 mois.

Depuis le milieu de janvier 1896, la malade se plaint de douleurs vives du ventre, accompagnées de fièvre, de frissons, douleurs qui l'obligent de rester au lit.

A l'examen, on trouve l'utérus gros, refoulé à droite et en haut ; à gauche une tumeur fluctuante, de volume des deux poings, faisant saillie sous la paroi abdominale qu'on sent nettement par le cul-de-sac vaginal et surtout par le toucher recto-vaginal ou le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal.

Le 10 février, la tumeur et les douleurs persistant, M. Pilate fait la ponction et l'incision large du cul-de-sac de Douglas par le procédé de Laroyenne ; il s'écoule une grande quantité de pus. Deux doigts introduits dans la poche en font sentir une autre, située à gauche et plus haut. On fait la ponction et le débridement large de la seconde poche ; il s'écoule une nouvelle quantité de pus presque égale à celle de la première. Le doigt introduit sent les parois vides, irrégulières, formant des aspérités

comme la vessie à colonne. On introduit dans la cavité deux drains ; on fait une injection vaginale, et on termine l'opération par un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

La seconde poche, par sa forme globuleuse et sa situation, fait penser à une salpingite.

Les suites de l'opération ont été des plus simples et des plus satisfaisantes. Jamais le thermomètre n'a dépassé 37° 6. Les premiers jours il s'est écoulé beaucoup de pus, très fétide, mais la suppuration s'est tarie petit à petit. L'état général est bon.

Les nouvelles, reçues le 19 mars dernier du médecin qui soigne la malade, sont les suivantes :

La malade se porte très bien, ne souffre pas du tout, vague à ses occupations, il n'y a plus trace de suppuration ni de tumeur dans le ventre.

Réflexions. — L'opération a été faite trop récemment, pour qu'on puisse parler des résultats éloignés.

Il est à remarquer qu'il y avait dans ce cas deux poches qui ont pu être ouvertes toutes les deux successivement dans la même séance.

OBSERVATION XVII (Résumée)

due à l'obligeance de M. REYNIER.

Malade, âgée de 30 ans, est opérée, en 1890, pour un énorme pyosalpinx (près d'un demi litre de pus) par l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal. Cette collection purulente est abordée par le vagin, parce que : 1^o elle bombait de ce côté, 2^o la voie vaginale offrait une voie d'écoulement déclive, et 3^o l'opération était moins sérieuse, ce qui, vu l'état précaire de la malade, avait une grosse importance, les températures élevées l'ayant fortement déprimée.

Malgré une ouverture très large, malgré des pansements, des lavages répétés de la poche et très soigneusement faits, la suppuration continuant encore 3 mois après, une hystérectomie vaginale a été faite qui montra pourquoi on ne pouvait pas réussir par l'incision vaginale à tarir cette suppuration.

En enlevant l'utérus, M Reynier ouvrit des poches purulentes situées de chaque côté de l'utérus et au-dessus, poches qui ne se vidaient que très incomplètement et difficilement par la voie qui a été créée auparavant. L'hystérectomie fut suivie d'un succès complet : toute suppuration disparut définitivement, la malade ayant été suivie pendant plus de cinq ans.

Réflexions. — Cette observation, comme la plupart des suivantes que M. Reynier a bien voulu nous communiquer, montre un insuccès de l'incision vaginale.

Il est à remarquer que si cette opération n'a pas donné de guérison, pour les causes exposées par M. Reynier, elle était la seule possible au commencement, vu l'état général précaire de la malade ; elle a été faite comme opération de nécessité, aucune autre plus sérieuse n'ayant pu être tentée ; elle a permis d'intervenir ultérieurement par l'hystérectomie vaginale et de la faire dans des conditions plus favorables.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

due à l'obligeance de M. REYNIER

Malade de 18 ans, ayant une salpingo-ovarite purulente, suite de blennorrhagie, entrée à Tenon le 10 juin 1893. A gauche, elle avait une masse énorme, grosse comme la tête d'un fœtus, bombant dans le vagin. Etant donné l'âge de la malade, M. Reynier résolut de faire un debridement vaginal par le procédé de Laroyenne, qui donna issue à une notable quantité de pus :

Un mois après, elle quittait le service, ayant encore une fistule qui donnait du pus, et on sentait encore du côté gauche de l'utérus une masse, formée par les annexes et l'épiploon, et qui donnait du pus quand on la pressait.

« L'observation n'a pas été complétée malheureusement, la malade n'étant pas revenue, mais je ne doute pas, ajoute M. Reynier, qu'elle n'ait été dans un autre service se faire opérer à nouveau ».

Réflexions. — L'incision du cul-de-sac postérieur vaginal a été faite dans ce cas, évidemment, comme opération d'attente ou d'essai, vu l'âge jeune de la malade.

OBSERVATION XIX (Résumée)

dûe à l'obligeance de M. REYNIER

Malade entrée à Tenon en août 1892, opérée par M. Poirier par un débridement vaginal ; elle sort de l'hôpital sans être guérie et revient deux mois après présentant toujours une masse dure au côté gauche de l'utérus, immobilisant celui-ci.

Le 8 mai, M. Reynier tente un nouveau Laroyenne qui donne issue à un peu de pus. Mais un mois après on trouvait toujours dans le cul-de-sac la même masse qui n'avait pas diminué, et on fait une laparotomie qui montre pourquoi l'incision vaginale n'avait pas donné de résultat.

Cette malade présentait une double salpingo-ovarite du côté gauche, côté ponctionné ; on avait ouvert une poche ovarique, mais au-dessus la trompe épaisse, contenant du pus par places isolées, n'avait pas été ouverte, et à droite attenante à l'ovaire gauche, l'ovaire droit contenait encore une collection purulente.

Les deux annexes enlevées par la laparotomie, la malade

guérissait, et cette guérison s'est maintenue, la malade ayant été revue deux ans après.

Réflexions. — Dans ce cas, l'incision vaginale a été tentée encore comme opération d'essai; la bilatéralité des lésions n'ayant pas été diagnostiquée d'une manière sûre au commencement. Elle n'a pas réussi, mais elle n'a pas compromis la laparotomie faite ultérieurement.

OBSERVATION XX (Résumée)

due à l'obligeance de M. REYNIER.

Malade ayant une grosse masse dure bombant dans le vagin à droite de l'utérus. M. Ischwall fait l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal; il s'écoule quelques gouttes de pus, indiquant que la masse était en partie formée par les annexes et l'épiploon enflammé. Cette malade reste 4 mois dans le service, souffrant du ventre, ayant des alternatives de fièvre, de douleurs, faisant de la péritonite partielle. Deux mois après sa première opération, on fait un second Laroyenne qui ne donne pas de pus et n'est pas suivi d'amélioration.

Quand elle quitte le service, ayant peur d'une troisième opération (hystérectomie), elle rentre chez elle pour s'aliter. Enfin, elle finit par le repos prolongé, « qui a mieux agi que le Laroyenne dans ce cas » par pouvoir se lever et reprendre ses occupations; elle conserve toujours un ovaire douloureux à la pression, qui ne l'empêche pas toutefois de travailler.

Réflexions. — L'incision du cul-de-sac postérieur vaginal a agi, croyons-nous, dans ce cas, comme le débridement d'un phlegmon non encore suppuré, la malade ayant une affection inflammatoire des annexes plutôt qu'une affection suppurée

proprement dite. La ponction a été ici blanche, mais elle n'a pas été peut-être nuisible ; au contraire, il est possible que, par ce débridement et le repos prolongé, l'état de la malade se maintienne suffisamment pour lui permettre de travailler et d'éviter l'hystérectomie.

OBSERVATION XXI (Résumée)

due à l'obligeance de M. REYNIER.

M..., 35 ans, entrée à Tenon au mois de juillet 1893, ayant une grosse collection purulente tombant dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche du vagin. Ouverture de cette collection par l'incision vaginale. Guérison au bout de 2 mois.

Réflexions. — Cette collection était unique et bien limitée ; elle était, par conséquent, tout à fait justiciable de l'incision vaginale.

OBSERVATION XXII (Résumée)

due à l'obligeance de M. REYNIER.

Malade ayant une hématocele rétro-utérine. Ponction et incision de cette hématocele par le cul-de-sac vaginal postérieur. Lavage et nettoyage complet de la poche, le foyer sanguin disparaît. La malade quitte l'hôpital guérie de son hématocele, mais ayant encore du côté de l'annexe gauche une masse grosse comme une grosse orange.

Réflexions. — Il est possible que cette grosse masse disparaîtra par résolution.

OUVRAGES CONSULTÉS

- AUVARD. Traité de gynécologie, 1894.
- BYFORD. Causes et traitement de l'hématocèle pelvienne (*Americ. journ. of obst.* Nov. 1886).
- BLANC. De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents, etc... Thèse de Lyon, 1887.
- BROCA. Salpingite et abcès pelviens chez la femme (*Gaz hebdom.* 29 juin, 1888).
- Suppurations péri-utérines (Congrès français de chirur. 1893).
- BOLDT. Traitement des suppurations des annexes de l'utérus (*Americ. j. of obst.*, mars 1889).
- BAUMGARTNER. Die Operation der parametritischen Abscesse (*Berlin. Klin. Woch.*, 34, 26 août, 1889).
- BOUILLY. De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes (*Bullet. Soc. Chir.* juillet, 1890).
- Des indications et de la valeur de l'incision vaginale (Congr. fr. chir., 1895.)
- Manuel de pathologie externe, t. IV.
- BINAUD. Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Thèse de Bordeaux, 1892.
- BOISLEUX. De l'élytrotomie interligamentaire (*Mém. de la soc. obst. et gynéc. de Paris.* 14 avril, 1892).
- Pelvi-péritonite aiguë et chronique et son traitement (Congr. fr. chir. 1894).

- BÉTRIX. Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire (Congrès de Rome 1894 ; *An. Gyn.* 1894.).
- BONNET. Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et leur traitement par la voie vaginale. Thèse de Lyon, 1894.
- BOIFFIN. Suppurations pelviennes ; du choix des méthodes opératoires (Congr. fr. Chir., 1893).
- CHERON. Cellulite pelvienne (*Revue méd. chir. des maladies des femmes* 25 janv. et 25 mars 1890.).
- Pelvi-péritonite (*Revue méd. chir. des maladies des femmes*, 1889).
- CAMELOT. Hématosalpinx. Thèse de Paris, 1895.
- CAMESCASSE. Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. Thèse de Paris, 1893.
- CESTAN. Hémorragies intrapéritonéales et hématoécèles pelviennes. Thèse de Paris, 1894.
- CONDAMIN. De la salpingo-ovariotripsie par la voie vaginale dans les salpingo-ovarites enkystées (Congr. fr. de chir., 1894).
- CORNET. Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites. Thèse de Bordeaux, 1890.
- COULON. Hématosalpinx. Thèse de Bordeaux, 1890.
- CULLINGWORTH. Absès pelviens (*Brit. méd. j.*, 4 nov. 1893).
- DELBET. Suppurations pelviennes chez la femme 1891.
- DELAGENIÈRE. Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes (Congr. fr. chir., 1893 ; *Ann. gyn.*, 1893).
- De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes (Congr. fr. chir. 1894).
- DELORE. Note critique sur l'hématoécèle (*Lyon Médical*, 15 et 22 mars 1896).
- DOYEN. Traitement chirurgical des affections inflammatoires et

néoplasiques de l'utérus et de ses annexes (*Arch. prov. de chir.*, 1892).

DUPLAY ET RECLUS. Traité de chirur. t. VIII.

EMMET. Inflammation pelvienne, cellulite, péritonite (*Amer. gynec. Soc.*, 21 sept. 1886).

— Pratique des maladies des femmes (traduct. fran.), 1889.

FORGUES ET RECLUS. Traité de thérapeutique chirurgicale, t. II.

FRITSCH. Traitement des abcès pelviens (Congr. de la soc. allem. gyn., 1891; *Ann. gyn.*, 1891).

GOULLIoud. Débridement vaginal des collections de la périmé-
trite chronique (Congr. fr. chir., 1889).

— Débridement vaginal des collections pelviennes (*Arch. de tocol.*, 1891).

— Salpingotomie vaginale ou extirpation vaginale et unila-
térale des petits pyosalpinx (*Lyon Médical* 5 et 16, 1893).

— Débridement vaginal des collections pelviennes (*Arch. prov. de chir.*, juillet 1893).

— Cas de grossesses chez les opérées pour salpingo-ova-
rites (Congr. fr. chir., 1894).

GREIG SMITH. Chirurgie abdominale, 1895 (traduct. franç.).

GUSSEROW. Ueber Hematocele peri-uterina (*Arch. für. gynec.*,
XXIX, 3, 1887).

HEGAR ET KALTENBACH. Traité de gynécologie opératoire, 1885
(traduc. franç.).

JULLIEN. De l'intervention dans certains cas de suppurations
pelviennes (*Arch. tocol.*, 1892).

KUESTNER. Technique à suivre dans le traitement des inflam-
mations chroniques des annexes et des suppurations (*Deuts.
med. Wochenschr.*, 12 et 13, 1893).

LAFouCARDE. Hytéréctomie vaginale dans les suppurations péri-
utérines. Thèse de Paris, 1893.

LARoyENNE. De la périmétrite chronique compliquée d'un épan-

chement latent de nature purulente, séreuse ou hématique (*Lyon Médical*, févr. 1886).

LAROYENNE. Traitement des collections purulentes (*Bullet. Soc. chir.*, 1890).

— De l'ablation par le vagin des annexes enkystées dans une pelvi-péritonite (*Ann. de gynécol.*, t. XL).

— Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement successif et au besoin l'ablation des annexes par la voie vaginale (*Arch. tocol.*, 1894).

LANDAU. Diagnostic et traitement des collections tubaires (Congr. de Berlin, 1890; *An. gyn.*, sept. 1890).

— Ueber Tubensaecke (*Arch. für gynæk.* XL. I; *Centralbl. für Gynæk.*, 1892).

— Die chirurgische Behandlung der chronischen Eiterungen im Becken (*Berlin. Klin. Woch.*, 19 sept. 1892).

— Des abcès pelviens compliqués et des collections tubaires suppurées compliquées (Congrès de Rome, 1894; *Ann. Gyn.*, 1894).

— Ueber die Heilung der Beckenabscesse des Weibes (*Berlin. Klin. Woch.*, 28 mai 1894).

LAWSON TAIT. On pelvic hematocele (*The Lancet*, 30 octobre 1886).

LE BEC. Suppurations pelviennes (*Gaz. med.*, Paris, 8 oct. 1892).

— Traitement des suppurations pelviennes (*France Médicale*, 8 déc. 1893).

LE DENTU. Traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus (*Gaz. des Hôpitaux*, 27 février 1892).

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Ovarites, salpingites... (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, août 1889).

MELON. Traitement de l'hématocèle péri-utérine par incision vaginale. Thèse de Bordeaux, 1888.

MONTPROFIT. Etude chirurgicale sur les inflammations des organes génitaux internes de la femmes. Thèse de Paris, 1888.

- MANGIN. Traitement de l'hématocèle pelvienne (*Marseille Médic.*, 1892).
- MACQUART-MOULIN. Les méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. Thèse de Paris 1892.
- MARTIN. Zur Behandlung der Pelviperitonitis chronica (*Berlin, Klin. Woch.*, 28 mai 1894).
- MORIGNY. Pathogénie et traitement de l'hématocèle. Thèse de Paris, 1891.
- MORE MADDEN. Maladies des trompes de Fallope et leur traitement (*Ann. Gynéc.*, 1892).
- MUNDE. The traitement of pelvis abcess in women by incision and drainage (*Americ. j. of obst.*, XIX, 1886).
- Traitement conservateur de la salpingite (*Americ. j. of obst.*, juillet 1892).
- OZENNE. Pronostique et traitement de l'hématocèle péri-utérine (*Bullet. Méd.*, 6 oct. 1889).
- PICHEVIN. Elytrotomie et cœliotomie vaginale (*Sem. Méd.*, 11 août 1895).
- PÉAN. Traitement des suppurations d'origine utérine ayant pour siège l'utérus et ses annexes (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 8 juillet 1890).
- Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et des annexes par le vagin (*Gaz. des Hôpitaux*, 27 juin 1891).
- POLK. La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme (*Journ. de méd. de Paris*, 28 Oct. 1894).
- POZZI. De la laparotomie sous-péritonéale (*Bullet. Soc. Chir.*, 14 avril 1886).
- Hématocèle pelvienne intra-péritonéale (*Bullet. Méd.*, 20 juillet 1890).
- Remarques sur la laparotomie pour le pyosalpinx (*Bullet. Soc. Chir.*, 10 déc. 1890).
- Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérec-

- tomie vaginale (*Gaz. hebdom. de Paris*, 18 avril 1891).
- Phlegmon du ligament large (*Mercrédi Méd.*, 25 oct. 1893).
- Laparotomie et l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes (Congrès de Chir., 1893; *Ann. Gyn.*, 1893).
- Traité de Gynécologie, 1890.
- PRENGRUEBER. Pathologie et traitement des suppurations pelviennes (*Bullet Méd.*, 14 mai 1893).
- RECLUS. De la pelvi-péritonite aiguë et son traitement (Congr. fr. chir., 1891).
- Pelvi-péritonite (*Sem. Méd.*, 15 juillet 1891; *Arch. de tocol.*, 1891).
- Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes (*Gaz. des Hôpit.*, 26 déc. 1893).
- REYNIER, Hématosalpinx (*Bullet. Soc. Chir.*, 8 avril 1891).
- De l'intervention dans l'hématocèle périutérine (Congr. fr. chir. 1893).
- RICHELOT. Pyosalpingite (*Sem. Méd.*, 3 oct. 1889).
- Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, 1894.
- RODRIGUEZ. Incision du cul-de-sac postér. dans les suppurations et hématomes pelv. — Thèse de Paris, 1895.
- ROUFFART. Traitement des abcès pelviens (*Ann. de Soc. belge chir.* 15 juin 1893).
- ROUTIER. Traitement chirurgical de l'hématocèle périutérine (*Sem. Méd.* 20 juin 1888).
- Étude sur les inflammations péri-utérines (*Bullet. Soc. Chir.*, 14 nov. 1888).
- Traitement chirurgical des hématocèles rétro-utérines (*Ann. Gyn.* Janvier, 1890).
- Traitement des suppurations pelviennes et des lésions

bilatérales des annexes (Congr. fr. chir., 1892; *Ann Gyn.*, mai 1892).

SCHROEDER. Maladies des femmes, 1885 (traduct. fr.).

SECOND. Hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes (*Gaz des Hôpit.* 28 févr. 1891; *Bullet. Soc. chir.*, 1891; *Ann. gyn.*, 1891).

— Suppurattons pelviennes (Congrès de Bruxelles, 1892; *Ann. Gyn.* 1892).

— Hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes (Cong. fr. chir., 1893; *An. Gyn.*, 1893.)

— Hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes (Cong. fr. Chir., 1894).

— Société de Chirurgie, discussion sur l'hématocèle, du 19 janvier au 5 février 1896.

TERILLON. Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme (*Sem. Méd.*, 4 août 1886).

TERRIER ET HARTMANN. Remarques cliniques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs à la laparotomie (Congrès fr. Chir 1893; *An. Gyn.* 1893).

VALENTIN. Du traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginale. Thèse de Paris, 14 juin, 1893.

VEIT. De l'ouverture du pyosalpinx au dehors (*Zeitsch. fur Gebur. und Gynek.*, XVI. 2).

— Hématocèle (Congrès de Berlin, 1890; *An. Gynéc.*, 1890).

VINCENT. Hématocèle péri-utérine (*Journ. méd. de Bordeaux*, sept. 1886.)

VUILLET. Technique du traitement des suppurations pelviennes par la ponction simple (Congrès de Bruxelles 1892; *Bullet. Méd.*, 21 sept. 1892).

— Du traitement des pyosalpingites et ces collections liquides du pelvis (Congrès de Rome, 1894).

WALAERT. Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Thèse de Lille, 1894.

WIEDOW. Traitement des abcès pelviens (*Berlin. Klin. Woch.*, 45 juillet 1889).

ZWEIFEL. Zur Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter (*Archiv. für Gynaek.*, 1885).

— Ueber Pyosalpinx (*Berlin. Klin. Woch.* 10 nov. 1890).

Vu : le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

